FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1925-1926. — N° 124

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS SUR LES VOIES BILIAIRES

d'après 484 observations personnelles du Prof. Villard

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DUCLOS
Né à Saint-Alban (Loire) le 14 février 1891
Ex-Interne des hôpitaux de Lyon

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE
NORBERT MALOINE, ÉDITEUR
27, Rue de l'École-de-Médecine, 27
PARIS 1926

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1925-1926. — N° 124

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS SUR LES VOIES BILIAIRES

d'après 484 observations personnelles du Prof. Villard

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DUCLOS
Né à Saint-Alban (Loire) le 14 février 1891
Ex-Interne des hôpitaux de Lyon

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE
NORBERT MALOINE, ÉDITEUR
27, Rue de l'École-de-Médecine, 27
PARIS 1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... M. H. HUGOUNENQ
Doyen..... M. J. LEPINE
Assesseur ..... M. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD ROQUE
Cliniques chirurgicales	TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique.	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiâtrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.....	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET
Chimie biologique et médicale.....	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie.....	POLICARD
Physiologie.....	DOYON
Pathologie interne.....	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	CADE
Anatomie pathologique.....	PAVIOT
Chirurgie opératoire.....	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	ARLOING (F.)
Médecine légale.....	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	PIC
Pharmacologie	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie....	CONDAMIN
— — Chimie minérale.....	BARRAL
— — Urologie.....	GAYET

CHARGÉ DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Stomatologie..... M. TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY.
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET.
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André).
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX		NOËL.
PIERY			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, *Président* : PATEL, *Assesseur* ;
MM. RHENTER, et DUNET, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions mises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A M. le professeur VILLARD

Nous avons pu, étant son interne, admirer sa sûreté clinique, sa précision opératoire et la noblesse de son caractère. Nous lu-devons d'avoir été nommé aux fonctions de préparateur de chirurgie opératoire à la Faculté et c'est avec un très grand regret que nous avons dû renoncer au poste qu'il voulait bien nous confier encore dans sa clinique. Mais, malgré les dérangements d'une orientation professionnelle spécialisée différemment, nous avons tenu à poursuivre les longues recherches que nous avions entreprises avec lui, en témoignage de notre vive gratitude et de notre affection.

A M. le professeur PATEL

Nous lui devons une grande part de notre éducation chirurgicale, ayant eu la chance d'être son interne, son préparateur à la Faculté, son élève en Conférences de Chirurgicat, et de poun voir bénéficier partout de sa clarté d'enseignement et d'u incomparable esprit critique.

A M. le professeur agrégé RHENTER

La vie commune d'ambulance chirurgicale nous a permis d'apprécier sa conscience professionnelle, son dévouement aux blessés et la solidité d'une amitié qu il a bien voulu nous conserver.

A M. le professeur agrégé DUNET

Notre amitié est trop ancienne pour que nous puissions y ajouter quoi que ce soit en quelques lignes.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Début de nos études : 1909 à 1911

M. le docteur LECLERC (*in memoriam*).
M. le docteur DEVIC.
M. le professeur JABOULAY (*in memoriam*).
M. le professeur COLLET.

Externat : 1912 à 1914 et 1919-1920

M. le professeur COMMANDEUR.
M. le professeur PONCET (*in memoriam*).
M. le professeur NOVÉ-JOSSERAND.
M. le professeur NICOLAS.
M. le professeur PAVIOT.
M. le professeur agrégé SAVY.
M. le professeur CADE.

Internat en suppléance : 1921

M. le professeur ROLLET.
M. le docteur GALLAVARDIN.
M. le professeur VILLARD.
M. le professeur BÉRARD.

Internat : 1922 à 1925

M. le professeur PATEL.
M. le professeur BÉRARD.
M. le professeur agrégé DURAND.
M. le docteur DELORE.
M. le professeur TIXIER.
M. le professeur VILLARD.
M. le docteur MOLIN
M. le professeur LANNOIS.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
ET A L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS SUR LES VOIES BILIAIRES

INTRODUCTION

Ayant eu pendant mes quatre ans d'internat charge d'analyser pour la *Presse Médicale* toutes les communications faites à la Société de Chirurgie, je crois avoir pris là l'estime des *résultats éloignés.* Presque toujours on présente de récents opérés, qui, débiles encore, vont quitter l'hôpital, et leur guérison opératoire, l'amélioration que souvent ils manifestent déjà, autorisent les meilleurs espoirs. Mais, présentations brusquées, que deviennent-ils en réalité par la suite ? Assez rarement revus, plus rarement représentés, à part quelques récidives graves qui le sont accidentellement par l'auteur ou par un confrère, les résultats éloignés restent presque toujours inconnus. Faut-il conclure que tous ceux qu'on a perdu de vue ne sont pas revenus parce qu'ils restent parfaitement guéris? C'est ce que mon maître M. le Pr Villard et moi avons voulu savoir sur les opérés de la chirurgie du foie, qui nous intéressait particulièrement.

En cet ouvrage, je présente donc les résultats des recherches que j'ai faites sur tous les malades opérés par M. Villard, de 1896 à 1925 ; les conclusions que j'ai pu en tirer ayant été généralement inspirées et toujours révisées par lui, ce sont donc ses résultats et son opinion qui seront exposés au cours de ce travail. Pour ne pas compliquer le texte, je me suis donc consi-

déré comme le simple porte-parole de mon maître et en particulier lorsque je cite des Mémoires ou lorsque je renvoie à des publications antérieures, il s'agit toujours de travaux signés uniquement par lui. Je rappelle donc une fois pour toutes que cet ouvrage devra être lu et pourra être considéré comme s'il avait été écrit en entier par la main de M. le Pr Villard.

Ne voulant pas faire état de résultats de moins d'un an, nous avons arrêté la liste de nos opérés *à fin* 1924. Nous comptions alors 590 *opérés du foie ou des voies biliaires* ainsi classés :

Interventions sur voies biliaires	484
Cholécystostomies	131
Cholécystectomies	163
Choledocotomies	190
Interventions sur le foie, sans ouvrir les voies biliaires par l'une des trois opérations précédentes (mais parfois dérivation biliaire par anastomose avec le tube digestif).....	106
Cancers du foie ou des voies biliaires.....	42
Libérations d'adhérences ou gastro-entéro-anastomoses pour sténoses d'origine biliaire...	18
Kystes hydatiques	11
Abcès du foie.....	11
Pancréatites ou cancers du pancréas.....	10
Cirrhoses (laparatomie ou dérivation veineuse).	5
Plaies du foie.....	2
Lésions diverses	7

Soit au *total* 590 *malades* opérés, de 1896 à fin 1924. Pour chacun nous avons donc établi une fiche de recherches et des interrogatoires imprimés, avec demandes nombreuses et précises, auxquelles le malade devait répondre par oui ou par non, un espace lui étant par ailleurs réservé pour exposer à son gré ses doléances ou sentiments particuliers. Lorsqu'une première lettre restait sans réponse, une deuxième et parfois une

troisième et quatrième plus pressantes étaient adressées à nouveau au malade, à sa famille ou au secrétaire de sa mairie de résidence ou de naissance. On comprendra que ces recherches aient été longues et bien souvent fastidieuses et décourageantes Mais après plus de deux ans de patientes investigations, nous avons eu la satisfaction de pouvoir retrouver *à peu près la totalité de nos résultats éloignés, puisque, en particulier sur* 484 *opérés des voies biliaires, nous pouvons fournir l'état actuel et assez précis de* 426. Il ne nous manque en effet que 22 *résultats éloignés sur* 131 *cholécystostomies*, 18 *sur* 163 *cholécystectomies et* 18 *sur* 190 *cholédocotomies.*

Peut-être jugera-t-on un peu puéril d'avoir mis une telle obstination à obtenir les résultats qui ne nous étaient pas accordés de suite. L'expérience nous montre que non. Si en effet, parmi les malades difficiles à rejoindre, il y a surtout de très anciens opérés d'hôpital, ouvriers de ville à domiciles instables, dont on a peine à retrouver traces, même en leur pays d'origine, il y a également toute une série d'opérés qui ne répondent pas, précisément parce qu'ils ne sont pas satisfaits; plus souvent encore, si l'opéré est décédé, la famille indifférente ne répond qu'à des demandes réitérées. Et l'on découvre ainsi qu'à côté des malades qui reviennent dès qu'ils souffrent à nouveau, *il y a encore, surtout dans les campagnes éloignées, des malades qui, plus ou moins tardivement, ont récidive et se sont parfois laissé mourir sans revenir se montrer.* Ces cas sont assez rares mais d'importance, et l'on sent bien que des recherches moins poussées les ignorent.

Le principal mérite de cette statistique est donc d'être à peu près complète, presque intégrale, sans inconnues dont les résultats incertains puissent notablement modifier les proportions établies.

On pourra lui reprocher d'être en partie *faite sur correspondances.* Nous ferons remarquer que beaucoup d'opérés ont cependant été revus par nous ou par le médecin traitant qui a complété leurs réponses ; que, pour beaucoup d'autres, il était impossible d'obtenir plus, et que, d'autre part, en la plupart des points intéressants : récidives de crises, de douleurs, de

température, d'ictère, troubles gastriques, reprise de poids, etc., les résultats demandés en questions nombreuses et précises permettaient des réponses nettes auxquelles un examen eût ajouté bien peu de chose. Il est cependant quelques malades plus importants ou des complications particulières (éventrations par exemple) qu'il eût été nécessaire d'examiner et qui ne se sont pas encore rendus à notre convocation. Ne pouvant différer davantage la publication de ce travail, nous reviserons ultérieurement s'il y a lieu, après examen, les résultats incomplets ou incertains que nous signalerons chaque fois ici, avec réserve, tels qu'ils nous ont été donnés.

Avec une apparente rigueur, pour chaque point envisagé, nous terminons par des pourcentages précis donnant priorité à telle ou telle conclusion ; une statistique n'aurait pas de raison d'être autrement, mais nous ne voudrions pas qu'on y attachât plus d'importance qu'il ne convient. *Les statistiques* peuvent en effet être fort utiles, mais elles *comportent nécessairement de notables causes d'erreurs*, et raisonner avec un esprit trop imbu de ces chiffres serait fort dangereux. Les statistiques sont en réalité très difficiles à établir ; faire une statistique signifie décomposer un cas complexe en éléments simples, ne plus voir pendant un temps que l'un de ces éléments et, d'après lui, classer dans tel ou tel groupe et conclure. On voit combien une telle simplification et un tel groupement peuvent être souvent incomplets, arbitraires et, en toute conscience, fort gênants à établir.

L'esprit statistique serait donc fort dangereux qui voudrait accorder autant de rigueur aux conclusions qu'il y a de fausse précision dans les chiffres. Un tel esprit, géométrique et simpliste serait tout l'opposé de l'esprit clinique, longue formation de connaissances et d'impressions, de science et d'art, qui nous fait apprécier le malade dans tout son ensemble complexe, qui, ne négligeant aucune des lésions multiples, s'attache à saisir leurs répercussions réciproques, le rapport des choses et s'efforce en somme à faire, pour bien juger, la synthèse des troubles.

La statistique au contraire, fait une analyse : elle envisage un cas complexe sous un seul angle, puis sous un autre, et

chaque fois, négligeant tous les autres aspects et groupant ce cas avec d'autres un peu analogues, veut tirer des conclusions, source d'erreurs continuelles, car ce sont toujours de multiples causes qui ont contribué à produire le résultat qu'on analyse. Il serait donc vain de vouloir, par ces simplifications et classements arbitraires, formuler des conclusions véritablement rigoureuses. *Les statistiques n'ont pas valeur de loi mais de simple indication.* Comprises ainsi, elles peuvent être cependant fort utiles, fournissant des bases de comparaison, des *documents de fréquence et parfois même de probabilités.* Mais pour avoir une réelle valeur d'indication sinon de loi, il faut qu'une conclusion statistique se base sur des documents nombreux, complets et avec une concordance de résultats similaires vraiment impressionnante. *Lorsque les écarts entre diverses solutions ne sont pas nettement marqués, il y a, en toute statistique, trop de causes d'erreurs pour pouvoir rien conclure.*

Sans attacher aux statistiques une importance qu'elles ne sauraient avoir, nous n'avons donc pas cru inutile de faire celle-ci, qui pourra, croyons-nous, donner quelques utiles indications, particulièrement sur les résultats éloignés, trop souvent négligés.

Nous ne pouvons songer à publier ici l'ensemble de tous nos résultats de chirurgie hépatique. En ce premier ouvrage, nous nous bornerons à présenter les *résultats de nos interventions sur les voies biliaires et tout particulièrement de nos cholédocotomies.*

Nous diviserons donc cette étude en trois parties :

1° Résultats des cholécystostomies ;
2° Résultats des cholécystectomies ;
3° Résultats des cholédocotomies.

Chacune de ces études se divisant elle-même en trois chapitres:

a) Résultats immédiats ;
b) Résultats éloignés ;
c) Considérations diverses, vues spécialement du point de vue des résultats.

A la dernière partie seule : « Etude des cholédocotomies », nous donnerons un complet développement. Pour les cholécystostomies et cholécystectomies, afin de ne pas trop

allonger ce travail, nous serons brefs, indiquant seulement les résultats et les lignes générales qui en résultent, notre but ici étant surtout de permettre au lecteur de comparer ces résultats avec ceux des cholédocotomies et spécialement des opérations complémentaires dans les cholédocotomies. Dans un travail ultérieur, nous nous réservons de publier nos autres opérations de chirurgie hépatique et de développer nos cholécystostomies et cholécystectomies avec leurs détails d'observations et de plus longs commentaires.

ABRÉVIATIONS

Pour simplifier le texte nous avons fréquemment abrégé trois mots qui reviennent continuellement :

OSTO = CHOLECYSTOSTOMIE
ECTO = CHOLECYSTECTOMIE
DOCO = CHOLEDOCOTOMIE

Nous prions le lecteur d'excuser l'aridité de ce travail mais la beauté des comptes est dans leur sécheresse.

PREMIÈRE PARTIE

Résultats des cholécystostomies

131 observations

CHAPITRE PREMIER

Résultats immédiats

Par résultats immédiats nous entendons les résultats obtenus au cours des trois premiers mois ; en cette période, les 131 malades chez lesquels nous avons eu à pratiquer une cholecystostomie nous ont donné :

Guérisons opératoires	99 cas=76 %
Décès chez les cancéreux	16 cas=12 %
Décès chez les non cancéreux	16 cas=12 %

Il va de soi qu'une mortalité aussi élevée pour une opération aussi bénigne, 24 % au total, tient à l'état particulièrement grave des malades qu'on réserve à cette opération, tous cancéreux ou infectés extrêmement graves, comme on pourra s'en rendre compte par comparaison avec la statistique bien meilleure des cholécystectomies.

En ce chapitre des résultats immédiats, ce sont surtout les décès que nous voulons étudier car ce sont les observations les plus instructives.

Sur les guérisons opératoires nous ne nous étendrons pas, car elles seront d'ailleurs reprises en détail dans les résultats éloignés.

Les cancers formant la moitié de nos décès immédiats, nous diviserons donc ce chapitre en décès de cancéreux et décès de non cancéreux.

1° Décès de cancéreux

16 cas : 12 % sur les 131 opérés et 76 % sur les 21 cancers cholécystostomisés.

Siège du néoplasme :

7 à la vésicule dont 6 avec calculs à la vésicule ;

4 aux voies biliaires dont 3 avec calculs à la vésicule ;

4 au pancréas, dont 2 avec calculs à la vésicule ;

1 au pylore englobant voies biliaires avec calculs concomittants à la vésicule.

Association de lithiase et cancer : 12 fois sur 16, avec, en général coliques hépatiques anciennes.

Causes de décès chez ces cancéreux :

4 chocs opératoires chez des infectés graves, avec décès au 2e, 3e et 4e jour ;

4 continuations de phénomènes infectieux, avec décès au 3e, 16e, 35e jour et 2e mois ;

7 cachexies progressives avec décès au 9e, 12e, 20e, 25e, 30e jour et 2 mois 1/4 ;

1 hémorragie intestinale chez cancer de vésicule, au 4e jour et décès au 6e jour.

Dates des décès chez les cancéreux :

Dans le premier mois, par tranches de cinq jours nous avons : 5, 2, 1, 2, 1, 1 =12 décès, soit 8 dans la première quinzaine 4 dans la deuxième;

Dans le deuxième mois, par tranches de cinq jours nous avons : 1, 1, 0, 0, 0, 1 = 3 décès, soit 2 dans la première quinzaine, 1 dans la deuxième.

Dans le troisième mois : 1 seul décès.

Ce qui donne par quinzaine dans les trois premiers mois la diminution progressive : 8, 4, 2, 1, 1/2.

La plupart des cancéreux meurent dans les trois mois, puisque sur 22 cancéreux de toute notre statistique, nous venons d'en trouver 16 ici. Les 5 autres sont morts plus tard, ou à une date inconnue après leur sortie d'hôpital.

2° Décès chez les non-cancéreux

16 cas : 12 % sur les 131 opérés et 14 % sur les 110 cholécystostomisés non cancéreux.

Causes du décès :

5 chocs opératoires, 3 au 2e et 2 au 3e jour, chez des infectés graves, parfois *in extremis*, avec abcès miliaires ou péricholécystite suppurée.

4 continuations de phénomènes infectieux graves, avec décès au 5e, 6e 9e, et 10e jour ;

4 cachexies progressives (3 chez des alcooliques et 1 chez un vieillard de 70 ans, incomplètement opéré) avec décès au 3e, 6e, 18e et 30e jour ;

2 complications pulmonaires : broncho-pneumonie chez une cholécystite suppurée avec 40 degrés de température à l'entrée et 1 pneumonie grippale, avec décès au 16e et 7e jour;

1 défaillance cardiaque au 41e jour après abcès de la paroi et broncho-pneumonie;

Pas d'hémorragie notable, sauf 1 hématome sous-hépatique, décédé de choc au 3e jour.

Dates des décès chez les non cancéreux :

Dans le premier mois, par tranches de cinq jours nous avons : 7. 5, 0, 2, 0, 1 = 15 décès, soit 12 dans la première quinzaine, 3 dans la deuxième ;

Dans le deuxième mois, par tranches de cinq jours nous avons : 0, 0, 1, 0, 0, 0 = 1 décès dans la première quinzaine.

Pas de décès au troisième mois.

3° Conclusions des décès immédiats

La moitié des décès survient chez des cancéreux, l'autre moitié chez des cachectiques ou infectés graves, presque toujours sans complication.

Les décès se produisent surtout (20 cas), dans la première quinzaine ; puis 7 à la deuxième quinzaine, 4 dans le deuxième mois, et 1 au troisième mois.

Ce sont surtout des cancéreux qui continuent à mourir après la première quinzaine. Pour les non-cancéreux, on peut dire que s'ils ne sont pas décédés de choc, d'infection, ou de cachexie dans les quinze premiers jours, on peut les considérer comme sauvés.

Signalons la rareté des complications pulmonaires que nous trouverons si nombreuses après cholécystectomie.

Peu grave en elle-même, la cholécystostomie a donc une lourde mortalité immédiate, qui tient à ses indications spéciales, soit parce que l'évolution continue, infection ou cachexie, soit parce que le choc opératoire, même réduit au minimum, suffit à rompre un équilibre déjà bien compromis. Considérant de tels résultats immédiats nous estimons donc actuellement que :

a) *Lorsque les lésions sont à la vésicule*, la cholécystostomie donnant des résultats immédiats assez bons mais éloignés assez médiocres souvent, comme nous le verrons plus loin, il faut lui préférer la cholécystectomie toutes les fois qu'il n'y aura pas de contre-indications locales ou générales nettes.

b) *Lorsque les lésions sont surtout à la voie principale*, calcul probable du cholédoque ou cancer du pancréas ou des voies biliaires, la cholécystostomie n'améliore guère les troubles et les aggrave même pour les cancers, précipitant le décès du fait de la dérivation biliaire. — Pour les cancers on préférera donc une anastomose gastrique ou intestinale lorsque la vésicule le permettra et pour les calculs du cholédoque, le seul traitement rationnel est la cholédocotomie.

CHAPITRE II

Résultats éloignés

77 cas suivis de 1 à 27 ans

En défalquant 32 décès de 131 opérés, il restait à chercher 99 résultats éloignés. Nous en avons obtenu 77, ne voulant pas tenir compte de 22 cas suivis pendant moins d'un an. Nous avons ici moins de résultats éloignés qu'aux ecto ou doco, car il y a beaucoup de cas très anciens, plus difficiles à retrouver.

1° Résultats parfaits d'emblée

20 cas =15 % sur 131 opérés

Suivis pendant une durée qui est pour 3 cas de 1 an,pour 2, de 3,2 de 4, 2 de 6,3 de 7, 2 de 8,1 de 11,3 de 12, 1 de 14,1 de 18, et 1 de 19 ans.

Avec reprise de poids de 2 /4, 4 /2, 5 /x, 5 /5, 7 /4, 8 /10, 12 /12, 12 /13, 22 /20, et 35 /25=kilos retrouvés sur kilos perdus.

Tous étant en excellente santé aux dernières nouvelles, sauf 1 décès de grippe à la quatorzième année.

2° Bons résultats avec petits troubles

33 cas = 25 %

Résultats suivis pendant une durée qui est pour 3 cas de 1 an, pour 2 de 2, 1 de 3, 2 de 4,4 de 5, 1 de 6, 1 de 7,2 de 8,4 de 11, 3 de 12, 3 de 13,3 de 14, 1 de 15, 2 de 17, 1 de 18, 1 de 20, et 1 de 27 ans.

Avec poids repris de : 4 /2, 5 /10, 6 /6, 6 /10 2 fois, 8 /2, 2 fois 10 /10, 10 /15, 12 /12, 15 /15, 16 /6, 17 /17, 18 /10, 18 /18, 20/ 15, 20 /20, 28 /25.

De plus 5 malades ont repris leur poids sans préciser de chiffres ; 1 seul malade (fistule puis diabétique) n'a rien repris des 21 kilos perdus.

α) Fistule plus ou moins prolongée : 10 cas = 7,6 %

(Si nous ajoutions les 7 cas de fistule classés aux troubles graves, nous aurions : 17 cas = 13 %.)

La durée de la fistule a été de 2 mois, 3, 3, 8, 9,14, 18 mois.

Elle a duré deux ans avec intermittence chez 1 cas de calculs méconnus au cholédoque expulsés spontanément dans les selles, expulsion suivie de guérison immédiate de la fistule. Enfin, chez un diabétique la fistule a persisté 7 ans.

Elle a été tantôt biliaire, tantôt muqueuse, tantôt les deux alternativement, fistule muqueuse signifiant obstacle avant la voie principale, et fistule biliaire,obstacle sur la voie principale.

Cinq fois la cause a été manifeste = 1 cas de débris de mèche oubliés et 4 cas de calculs méconnus évacués1 fois par les selles et 3 fois par la fistule: 1 fois 1,1 fois 2 et 1 fois 20 petits calculs De suite après élimination de ces corps, guérison immédiate. L'un des cas est particulièrement frappant = fistule muqueuse, de 9 mois, puis de suite après élimination d'un calcul, flux biliaire et guérison rapide de la fistule.

Quatre fois la fistule a été suivie de hernie ou faiblesse de la paroi ; *cinq fois elle a été suivie de petits troubles ultérieurs*, digestifs ou douloureux.

Ces 10 cas de fistule se sont produits chez des malades ayant malgré tout des suites satisfaisantes.

Au chapitre des troubles graves, nous trouverons 7 autres cas de fistule qui eux se terminèrent par le décès (3 fois) ou nécessitèrent une nouvelle intervention (4 cas). — Les fistules sont donc fréquentes et souvent persistantes et graves après cholécystostomie.

β) Hernies ou faiblesses de la paroi : 4 cas = 3 %.

Dans les 4 cas, hernie ou faiblesse de la paroi ont succédé à des fistules plus ou moins prolongées =3 mois avec mèche

oubliée, 8 mois, 2 ans, 7 ans chez un diabétique. Chez ce dernier, l'éventration assez importante s'était manifestée dès les premiers jours dans les efforts de toux au cours d'une bronchopneumonie.

Donc éventrations rares, succédant toujours à des fistules; et le terme d'éventration nous paraît même, en général, impropre, il s'agit plutôt de faiblesse de la paroi.

γ) Récidives de crises vraies, mais n'ayant pas nécessité la réintervention : 7 cas = 5,3 %.

Si nous ajoutions les cas de crises plus ou moins nettes que nous retrouverons aux troubles graves, nous aurions 20 cas de plus environ, soit 7 plus 20=27 cas = 14 %).

Les 7 cas retenus ici sont classés aux petits troubles, car l'état général est cependant satisfaisant, excellent dans 3 cas. Il est en tout cas très amélioré puisqu'avant l'intervention 4 étaient très affaiblis, 3 ayant des crises violentes et fréquentes, 3 ayant de l'ictère, 3 de la température. Les malades ont repris leur poids, sauf 1 qui a repris moins et 1 autre qui n'a pas repris du tout. Les crises qu'ils ont reprises, ont été 4 fois violentes (mais 1 fois rares et 3 fois exceptionnelles) et 3 fois légères (1 fois légères et rares, 2 fois légères mais fréquentes.) Chez ces mêmes malades, on trouve également 5 fois des troubles digestifs et 3 fois des douleurs legères plus constantes.

Nous n'avons donc ici qu'un nombre assez minime de récidives de crises mais par contre, nous verrons plus loin que nous avons dû en classer beaucoup aux troubles graves, ces récidives ayant nécessité une deuxième intervention ou provoqué plus ou moins directement le décès.

δ) Persistance de douleurs légères : 16 cas=12 %.

(Si nous ajoutions les quelques cas, 4 ou 5, de douleurs légères constantes que nous trouvons en plus des crises aux troubles graves, nous aurions : 16 plus 4=20 cas=15 %.)

L'état général est très amélioré puisque 13 avaient auparavant des crises violentes et un état très affaibli, 10 fois avec température et 9 fois avec subictère. L'état actuel est 8 fois

excellent et 8 fois assez bon, 3 malades ont repris plus de 5 kilos, 6 ont repris plus de 15 et 2 plus de 20 kilos, soit pour 3 malades plus que leur ancien poids, 6 autant, 4 un peu moins, les autres n'ayant pas précisé.

Ces douleurs légères ont été 7 fois assez rares, 3 fois seulement beaucoup plus constantes, 1 fois presque insignifiantes et 2 fois perçues dans les premiers mois seulement.

Elles se sont accompagnées 11 fois de troubles digestifs.

Les douleurs légères, type de tiraillement par adhérence, sont donc encore assez fréquentes après cholécystostomie, et s'accompagnent souvent de petits troubles digestifs.

i) Troubles digestifs : 22 cas = 17 %.

(Si nous ajoutions les 7 ou 8 cas de troubles digestifs signalés aux troubles graves nous aurions 22 plus 7 = 29 cas = 22 %.)

Ces troubles ne sont pas très graves : les malades se plaignent surtout de digestions pénibles (14 fois), de ballonnement (7 fois), de migraines (5 fois), de pesanteur (4), de brûlures ou douleur gastrique (4), de crampes (2), d'aigreurs (1).

Ils signalent ces troubles 1 fois avant, 17 fois après le repas où ils semblent bien plus fréquents d'après leur nature même.

Il n'est qu'un cas où des vomissements soient signalés (et encore ce malade a repris 6 kilos sur 10 et signale qu'il ne suit plus de régime comme avant l'opération). Sauf 2 malades, nos 65 et 77 qui ont actuellement des digestions plus pénibles, tous les autres souffraient déjà de troubles digestifs avant l'intervention, 5 signalent qu'ils sont actuellement très diminués, 3 qu'ils n'ont dure que la première année, et 6 qu'ils n'en souffrent qu'à de rares périodes, 14 ont bon appétit, 4 mauvais, 9 suivent un régime large, 5 pas de régime du tout ; 12 ont repris leur poids, 3 plus que leur poids, 3 moins que leur poids, et 1 seul n'a pas repris du tout après l'opération, le poids repris étant 4 fois de plus de 5, 2 fois de plus de 10, 5 fois de plus de 15, et 2 fois de plus de 20 kilos. Aucun de ces cas n'est donc véritablement grave, et, mis à part 4 ou 5 cas un peu plus importants du fait de l'acuité ou de la constance des douleurs, de la nécessité d'un

régime, des vomissements (1 cas, nº 51) ou de l'insuffisance du poids repris, on peut considérer presque tous les autres troubles comme un peu gênants mais presque insignifiants au point de vue de l'état général. Signalons qu'en 1 seul des cas classés aux petits troubles il fallut pratiquer en plus de la cholécystostomie, une gastro-entérostomie pour sténose pylorique d'origine biliaire qui fut très améliorée, — reprise de 18 kilos — (Aux troubles graves, nous retrouvons 1 autre cas (nº 55) où une première gastro-entérostomie antérieure faite en plus de la cholécystostomie, ne donna qu'une amélioration transitoire et chez laquelle une deuxième intervention pour une gastro-entérostomie postérieure fit découvrir une tumeur du pylore).

Au total les troubles digestifs sont donc relativement fréquents mais peu graves, après cholécystostomie.

Améliorations partielles ou temporaires avec récidives de troubles graves

24 cas = 18 %

Troubles plus ou moins graves ayant nécessité une deuxième opération ou entraîné le décès, plus de trois mois après l'intervention.

α) Réinterventions après cholécystostomies : 15 cas = 11 %.

I. — *Abcès biliaire débridé secondairement* : 2 cas

Nº 28. — Osto : 30 calculs, suites normales. Au septième mois, abcès de la paroi : on trouve 1 fil de soie, cause des accidents. Fistule de deux mois, puis bons résultats de un an, sauf digestions encore pénibles. Décès de date et cause inconnues.

Nº 76. — Otomie idéale : 54 calculs, suites normales, puis abcès de paroi débridé au quatrième mois, sans communication avec vésicule. Puis récidives de crise pendant dix ans, et plus rien depuis deux ans.

II. — *Péritonite adhésive* ; *libération* : 1 cas.

Nº 21. — Osto : 1 calcul cystique plus adhérences. Suites normales, mais treize ans plus tard, réopéré pour péritonite adhésive. Décès deux ans après de cause inconnue.

III. — *Gastro-entéro-anastomose* : 1 cas.

N° 55. — Osto : calculs, plus gastro-entérostomie antérieure, plus jéjuno-jéjunostomie au bouton, pour sténose gastrique d'origine biliaire. Amélioration puis récidives. Nouvelle gastro, postérieure cette fois, plus ablation partielle d'une tumeur gastrique probable. Décès au cinquième jour.

IV. — *Cholécystostomie itérative* : 4 cas.

N° 1. — Osto : nombreux calculs, reprend poids et forces mais garde douleurs, digestions pénibles et fistule persistante, intermittente. Vingt et un mois plus tard on refait une deuxième osto : grattage de fistule et de vésicule, libération des adhérences. La fistule ne se ferme cependant qu'un an plus tard, soit trois ans après la première osto. Dix ans plus tard, excellent état, guérison parfaite.

N° 3. — Osto : pus sans calcul. Fistule de deux mois et demi, puis guérison rapide, mais récidive de douleurs. Deuxième osto un an plus tard, libération d'adhérences. Guérison. Trois ans plus tard, excellent état.

N° 29. — Osto : énorme phlegmon biliaire ; pas de calcul. Repris de 20 kilos, ne souffre plus, mais fistule persiste après un an. Deuxième osto débride fistule et retire du fond 1 calcul : fermeture immédiate de la fistule. Depuis, quelques rares crises atténuées, mais repris 10 kilos de plus et excellents résultats de dix-huit ans.

N° 36. — Osto : nombreux calculs et muco-pus. Suites normales puis récidives et deuxième osto à la troisième année: 1 calcul oublié. Depuis résultats parfaits de treize ans, mais depuis dix-huit mois douleurs légères et récemment, un peu d'ictère et peut-être décoloration des matières.

V. — *Cholécystectomie secondaire* : 4 cas.

N° 52. — Osto : 80 calculs, parois épaisses. Guérison sauf persistance de petits troubles. Après douze ans, récidive des douleurs, tuméfaction et rougeur ; on pratique alors une cholécystectomie : on trouve 1 calcul et 1 cancer du fond de la vésicule. Résection de la cicatrice avec vésicule adhérente. Récidives dans la paroi et le foie. Un an plus tard, ablation incomplète du bloc néoplasique par M. Tavernier. Radiothérapie chez M. Bérard. Décès quelques mois plus tard.

N° 54. — Osto : bile boueuse sans calcul, suites immédiates alarmantes puis normales. Puis récidives de douleurs avec vomissements. Ectomie sept mois plus tard : adhérences, liquide brun sans calculs. Parti guéri mais suites ultérieures inconnues.

N° 89. — Osto : 24 gros calculs. Guérison puis ecto, un an plus tard, pour 2 calculs oubliés. Suites actuelles inconnues.

N° 93. — Osto : pas de calculs, amélioration puis récidives. Ecto sept ans plus tard : pas de calculs. Symphyse totale de la vésicule. Appendicectomie. Amélioration, mais il persiste des troubles gastriques et des crises assez fréquentes, mais atténuées.

VI. — *Cholédocotomie secondaire* : 3 cas.

N° 8. — Osto : nombreux calculs, suites excellentes puis récidives, et quatorze ans plus tard, doco (n° 76) : 1 calcul boueux. Récidives depuis mais moins violentes.

N° 14. — Osto : suite bonnes sauf fistule. A la troisième année débridement de phlegmon biliaire, et trois mois plus tard, doco (n° 20) : 10 calculs. Bon état pendant quinze jours puis accidents de sténose. Gastro-entérostomie *in extremis*. Décès le soir même.

N° 48. — Osto : 150 calculs; guérison puis récidives après un an et demi. Deux ans après : doco (n° 43) : 1 calcul. Guérison, puis récidives et grosseur à la cicatrice. Décès cinq ans après la doco avec vomissements fécaloïdes, sans autres détails.

Nous constatons donc qu'en 15 cas nous avons dû réintervenir et nous retiendrons cette proportion considérable pour la comparer avec celle des réinterventions après ectomie.

Réinterventions après osto : 15 cas sur 131 = 11 %

Réinterventions après ecto : 2 cas sur 165 = 1,2 %

Cette simple proportion montre de suite la différence de sécurité que peuvent donner les deux interventions.

Examinons maintenant quelles interventions durent être pratiquées secondairement : 2 abcès biliaires à débrider, 1 libération d'adhérences, 1 gastro-entérostomie, 4 cholécystostomies itératives, 4 cholécystectomies secondaires, 3 cholédocotomies secondaires. Donc réinterventions presque toujours importantes, imposées par des recidives de troubles sérieux = presque toujours crises plus ou moins fréquentes et violentes, s'accompagnant quelquefois de douleurs constantes de l'hypocondre, de troubles digestifs ; nous relevons notamment 4 cas de fistules de 2 mois 1/2 ; 12 mois, 21 mois (n°s 1, 3, 14, 29) et 5 cas d'abcès de la paroi ou de phlegmon biliaire (n°s 28, 76, 52, 14 et peut-être 48), parmi lesquels nous trouvons un cas de

cancer de la vésicule qui eût peut-être été évité, si douze ans plus tôt, au lieu d'une simple ostomie nous eussions pratiqué une ectomie (n° 52).

Nous reviendrons plus loin sur les conclusions à tirer de ces récidives et de ces réinterventions, mais nous voyons déjà que la cholécystostomie peut être une opération de nécessité mais n'est pas une opération satisfaisante.

β) Décès plus de trois mois après l'opération :
9 cas = 7 %.

Il n'est pas du tout certain, pour plusieurs de ces cas, que le décès tienne aux récidives de troubles biliaires. Ce sont cependant des cas litigieux que nous préférons exposer. Nous faisons remarquer également que les premiers de ces cas sont de nos toutes premières interventions, et que peut-être s'agissait-il de calculs du cholédoque qui furent méconnus.

N° 4. — Osto : bile gommeuse, puriforme, sans calculs. Disparition de l'état infectieux, mais la *fistule* persiste. Reprend un peu d'ictère et décès par néphrite après un an. Avait eu avant opération, ictère, matières décolorées, température : probablement obstacle cholédocien méconnu à l'intervention.

N° 5. — Osto : calculs. *Fistule* persistante pendant cinq ans, muqueuse, sans bile. Puis décoloration des matières. Et décès à la cinquième année de pneumonie. Etat diabétique et albuminurique.

N° 7. — Osto : 2 calculs. Sténose gastrique avec vomissements par adhérences. Amélioration rapide, mais la *fistule* persiste. Au neuvième mois, élimination de calculs ; on agrandit la fistule. Puis 38°5, le malade reperd poids et forces. Décoloration des matières et décès au dix-septième mois de néphrite aiguë et urémie.

N° 15. — Osto : empyème calculeux ouvert spontanément et débridé. Volumineux calculs dans paroi et vésicule. Fistule tarie au quinzième jour. Décès au septième mois par néphrite chronique.

Nous avons reproduit ces observations très anciennes telles qu'elles étaient notées, mais rétrospectivement nous nous de-

mandons si pour les 4 il ne s'agissait pas de calculs méconnus alors au cholédoque.

N° 27. — Osto : calculs et pus, abcès pariétal. Assez bons résultats de treize ans, crises atténuées et poids repris au début mais reste douleurs légères et n'a pas repris ses forces. Puis décès à la treizième année, 74 ans, de cause non précisée.

N° 91. — Osto : infection biliaire, pas de calculs, noyaux pancréatiques douteux. Décès quelques mois plus tard par cachexie progressive.

N° 106. — Osto : nombreux calculs. Résultats médiocres de cinq ans, « maladie de foie », a continué à s'aggraver avec troubles digestifs. A la cinquième année, entérite, cystite et décès au cours d'une grippe ; mais « grande faiblesse provenait de troubles digestifs et hépatiques persistants ».

N° 119. — Osto : pus et nombreux calculs avec réservés pour cancer de la vésicule, Amélioration passagère, puis cachexie progressive et décès « dans une crise de foie ».

N° 120. — Osto : bile infectée sans calculs, plus pancréatite, tête du pancréas bosselée. Excellents résultats ; reprend poids ; ni douleurs ni troubles digestifs. Mais au dixième mois, revient pour ballonnement, vomissements, douleurs après les repas. Amélioration rapide après séjour à l'hôpital. Décès dans les années suivantes, date et cause inconnues.

Il n'est pas du tout établi que le décès ait eu quelque rapport avec l'ancienne affection hépatique.

Nous trouvons donc après cholécystostomie un nombre relativement important de décès survenus tardivement chez des malades ayant représenté des crises ou des troubles biliaires divers, notamment 3 fois des fistules de 9 mois, 1 an, 5 ans (n°s 4, 5, 7). Mais pour être justes et ne pas charger exagérément la cholécystostomie, nous devons reconnaître que :

a) Quatre observations très anciennes (n°s 4, 5, 7 et peut-être 15), qui furent parmi nos premières cholécystostomies, pratiquées entre 1898 et 1902, semblent bien être des opérations incomplètes, avec calcul méconnu alors au cholédoque;

b) Deux décès semblent survenus chez des cancers, n°s 91 et 119 ;

c) Enfin, pour les 3 décès qui restent, nous avons tenu à les rapporter tels qu'ils ont été signalés, mais nous manquons

de précisions : nous savons qu'ils sont survenus chez des gens plus ou moins affaiblis par des récidives, mais nous ne connaissons pas en général la cause exacte du décès ; dans 1 cas (n° 119) elle semble être hépatique, dans 1 cas elle ne l'est pas (grippe, n° 106), dans 1 cas la cause est totalement inconnue (n° 120).

Chez tous ces opérés décédés tardivement, il y avait donc persistance ou récidive de troubles hépatiques, mais il ne nous est permis qu'en très peu de cas d'affirmer que ce sont eux qui ont entraîné la mort.

γ) Conclusions des troubles graves.

Ce n'est donc pas trop sur les décès survenus chez des récidives mais de préférence sur les réinterventions, dont les données sont indiscutables, que nous nous baserons pour conclure que la cholecystostomie n'est pas une opération satisfaisante.

Les troubles qu'on observe après elle sont notables : sur 24 cas ici classés, nous trouvons 7 fistules graves de longue durée, 5 abcès ou phlegmons, 3 cancers dont 1 eût peut-être pu être évité, et nous pouvons estimer environ le nombre des crises vraies à 20, des douleurs de tiraillements à 4 et des troubles digestifs à 7.

Ces troubles ont été plus ou moins directement responsables de 9 décès, et surtout ont nécessité 15 réinterventions importantes, ce qui donnera la proportion considérable de 11 % de réinterventions, 7 % de décès tardifs, soit au total 18 % de troubles graves.

Faisons le bilan des résultats de la cholécystostomie, nous avons :

Décès rapides :	24 %	Résultats parfaits :	15 %
Bons résultats :	25 %	Résultats médiocres :	18 %

Alors qu'avec la cholécystectomie nous trouverons :

Décès rapides :	15 %	Résultats parfaits :	17 %
Bons résultats :	49 %	Résultats médiocres	8 %

Nous voyons donc que la cholécystostomie a beaucoup plus de décès rapides et beaucoup plus de résultats médiocres. Les

décès rapides tiennent à l'état des opérés auxquels on réserve cette intervention, mais le nombre des résultats ultérieurs médiocres ou mauvais est bien dû en grande part à ce que cette intervention n'est, en réalité, pas très satisfaisante car elle expose comme nous l'avons vu à bien des troubles prolongés ou tardifs :

a) Récidive de crises ou douleurs persistantes par oubli de calculs ou formation de nouveaux, contractions douloureuses simulant des coliques hépatiques atténuées, ou troubles d'adhérences ;

b) Cicatrisation moins rapide et risque de fistules fréquentes et prolongées ;

c) Enfin danger de cancérisation de la vésicule.

Nous verrons donc que si la cholécystostomie n'est pas trop systématiquement à rejeter puisqu'elle est, malgré tout, capable de donner un assez grand nombre de bons et même de parfaits résultats, elle reste cependant très inférieure à la cholécystectomie et, mis à part les rares cas de cholécystotomie idéale, ne doit, à notre avis, subsister que dans la mesure des contre-indications de l'ectomie, contre-indications générales ou locales que nous verrons plus loin.

CHAPITRE III

Considérations diverses sur nos cholécystostomies

1° Causes trouvées à l'intervention

α) Calculs trouvés a la vésicule : 82 cas = 62 % sur 131 opérés ayant donné comme résultats :

16 décès rapides en trois mois	19,5 %
14 résultats éloignés non retrouvés	17 %
12 résultats parfaits	15 %
23 résultats bons avec petits troubles	28 %
17 résultats médiocres avec troubles graves	21 %

(sur 82 cas avec calculs).

β) Pas de calculs a la vésicule : 49 cas = 38% sur 131 opérés ayant donné comme résultats :

16 décès rapides en trois mois	33 %
8 résultats éloignés non retrouvés	16 %
8 résultats parfaits	16 %
10 résultats bons avec petits troubles	20 %
7 résultats médiocres avec troubles graves	14 %

(sur 49 cas sans calculs).

Donc différence de pourcentage surtout marquée pour les résultats immédiats : décès rapides beaucoup plus fréquents dans les cas sans lithiase.

Nous constatons de plus que les bons résultats (parfaits ou avec petits troubles) sont un peu plus nombreux lorsqu'il y a lithiase.

Donc, avec lithiase beaucoup moins de décès rapides, un peu plus de bons résultats, mais par contre, nous retrouvons également un peu plus de troubles graves et nous pensons que cela tient à ce qu'en plusieurs de nos premiers cas, l'opération dut être incomplète : calculs méconnus au cholédoque en plus de ceux enlevés à la vésicule.

Mais le point intéressant était de prouver que pour les petits troubles ils sont un peu plus fréquents lorsqu'on n'a pas trouvé de calculs.

Quelles sont les causes trouvées aux 49 cas sans calculs :

a) *Cancers sans calculs* : 5 cas avec 4 décès rapides et 1 plus tardif (noter que nous avons par contre 16 cas de cancer associés à la lithiase, soit au total pour les cancers : 21 cas sur 131 cholécystostomies, soit 16 %).

b) *Cholécystites non calculeuses ni néoplasiques* : 27 cas.

Boue biliaire : 4 cas avec 1 décès rapide, 2 bons résultats avec petits troubles et un médiocre avec réintervention.

Bile épaisse : 7 cas avec 3 résultats éloignés inconnus et les 4 autres bons avec petits troubles.

Pus : 8 cas avec 2 décès rapides, 1 résultat éloigné inconnu, 2 résultats parfaits et 3 mauvais (1 décès tardif et 2 réinterventions).

Contenu non précisé : 8 cas avec 2 décès rapides, 2 inconnus, 2 parfaits et 2 bons.

c) *Causes diverses* : 17 cas.

Calcul du cholédoque méconnu dans une opération rapide pour l'état général : 3 cas avec 3 décès rapides.

Obstruction du cholédoque par adhérences : 1 cas avec 1 décès rapide.

Pancréatite : 2 cas avec 1 résultat éloigné inconnu et 1 mauvais par décès tardif.

Torsion de la vésicule ou vésicule flottante : 5 cas avec 3 résultats bons avec petits troubles et 2 parfaits.

Adhérences : 1 cas avec résultat mauvais nécessitant réintervention.

Cirrhose : 2 cas avec 2 décès rapides.

Prétabes : 1 cas avec résultat déclaré, parfait.

Cause non précisée : 2 cas, avec 1 résultat éloigné inconnu et 1 décès rapide.

Les résultats de la cholécystostomie sont donc en bloc un peu moins bons lorsque ce n'est pas la lithiase qui causait les troubles : décès rapides bien plus nombreux, petits troubles un peu plus fréquents (noter cependant que les troubles graves tardifs sont un peu moins fréquents que dans les cas avec lithiase).

Voyons en détail quels cas grèvent particulièrement la catégorie des opérés sans calculs.

a) *Les résultats sont assez bons* dans les cas où les troubles semblent surtout mécaniques ou accompagnent des infections peu virulentes : bile épaisse, torsion de la vésicule.

b) *Ils deviennent très incertains* lorsque les troubles sont dus à des adhérences étendues qui se reforment, lorsqu'il s'agit de boue biliaire donnant tantôt de bons, tantôt de mauvais résultats.

c) *Enfin ils sont nettement mauvais*, souvent suivis de décès rapides, en cas de cancer, d'infection virulente (pus à la vésicule) de cirrhose (décès rapide), et surtout en cas d'obstruction persistante du cholédoque : pancréatite (décès tardif) obstruction par adhérences et calculs méconnus (décès rapides). Pour les cas de pus à la vésicule, nous devons cependant faire remarquer que si les résultats sont en général mauvais (décès rapides ou troubles graves tardifs) on observe également des guérisons absolument parfaites, sans le moindre trouble, succédant à ce drainage précoce, fait avant toute lithiase.

2° Le cancer chez les cholécystostomies

21 cas sur 131 opérés = 16 %

a) *Association de cancer et lithiase* : 16 cas sur 21 = 76 % :

Sur 131 cholécystostomies, nous trouvons 21 cancers, dont 16 avec et 5 sans calculs. L'association cancer et lithiase est donc extrêmement fréquente.

b) *Résultats des cancers* :

Le décès est survenu dans tous les cas :

1 fois à une date inconnue.

16 fois dans les 3 premiers mois (voir résultats immédiats)

4 fois après les 3 premiers mois (voir troubles graves).

Le décès semble particulièrement rapide lorsque le cancer siège sur le trajet de la voie principale : dénutrition par déperdition biliaire.

c) *Siège du cancer* :

3 *fois en dehors des voies biliaires.*

3 cancers du pylore avec calculs trouvés à la vésicule, et décès 1 fois rapide, 1 fois plus tardif, 1 fois inconnu.

18 *fois sur le trajet des voies biliaires.*

4 cancers du pancréas (dont 1 avec calcul à la vésicule) donnant 3 décès rapides et un plus tardif.

5 cancers des voies biliaires (dont 4 avec calculs) donnant 5 décès rapides.

9 cancers de la vésicule (dont 8 avec calculs) donnant 7 décès rapides et 2 plus tardifs.

d) *Age des cancers observés* :

1 cas de 28 ans (pylore et calculs à la vésicule), résultat éloigné inconnu.

1 cas de 30 à 39 ans : vésicule, avec décès tardif.

5 cas de 40 à 49 ans : 1 voie biliaire et 4 vésicules, avec 4 décès rapides et 1 tardif.

4 cas de 50 à 59 ans : 1 pancréas, 1 voie biliaire et 2 vésicules, avec 4 décès rapides.

3 cas de 60 à 69 ans : 1 voie biliaire et 2 pylores avec 2 décès rapides et 1 tardif.

1 cas de 70 ans : vésicule avec décès rapide.

e) *Une mention particulière* doit être accordée au n° 52, car, ici le décès eut peut-être pu être évité, si au lieu d'être incisée, la vésicule eut été enlevée plus tôt.

Femme de 42 ans, souffrant de coliques répétées depuis vingt ans. Cholécystostomie : 80 petits calculs et 1 gros, pus (épais, parois épaisses et enflammées qui empêchent de fixer à la paroi. Grande amélioration mais persistance de légers troubles (pesanteur, vomissements parfois) qui augmentent au bout de douze ans. Placard dur et rouge constaté alors au niveau de la cicatrice.

On enlève d'un bloc vésicule et cicatrice; pas de calcul mais ulcération du fond vésiculaire, cancer confirmé histologiquement. Guérison parfaite de huit mois, puis récidive diffuse dans la paroi. Tentative d'ablation de ce nouveau bloc, un an plus tard par M. Tavernier, puis de radiothérapie. Décès quelques mois plus tard.

f) *Conclusions.* — Les cas semblables ne sont pas assez fréquents pour qu'on puisse accuser la cholécystostomie de laisser les malades exposés à des risques sérieux de dégénérescence néoplasique, mais un cas aussi typique montre que ce risque ne doit pas cependant être négligé dans la valeur comparative des diverses interventions sur la vésicule. En tous cas, si l'évolution d'un cancer après cholécystostomie est rare, il est assez fréquent (21 cas sur 131 = 16 %) de voir à l'intervention l'association cancer et lithiase, le cancer semblant, dans la plupart des cas, provoqué par une lithiase déjà ancienne. Nous devons donc conclure :

La lithiase vésiculaire expose assez souvent au cancer, soit à la vésicule, soit sur le trajet de migration des calculs.

Même après cholécystostomie et ablation des calculs un cancer insoupçonné peut évoluer sur des parois longtemps infectées.

Il convient donc, le plus possible d'opérer tôt et de préférer l'ablation de la vésicule.

3° Le sexe dans les cholécystostomies

Sur 131 opérés nous comptons 102 femmes et seulement 29 hommes, ce qui nous donne 3 fois 1/2 plus de femmes que d'hommes opérés de cholécystostomie (grossesse).

Notons également que l'intervention semble plus grave chez l'homme puisque nous avons :

Hommes : 10 décès rapides sur 29 opérés = 34 %

Femmes : 22 décès rapides sur 102 opérées = 21 %

Soit environ, 1 homme sur 3 et 1 femme sur 5 qui meurent dans les trois mois.

Pour l'explication de cette plus grande gravité chez l'homme voir aux cholédocotomies : influence du sexe sur les décès immédiats.

4° L'âge des cholécystostomies

(Cette statistique ne porte que sur les cas dont nous avons pu retrouver l'âge certain)

L'âge courant des cholécystostomies est de 25 à 55 ans.

Avant 25 *ans* nous notons 1 cas de 17 ans (n° 44, calcul du cystique avec résultats parfaits), 1 cas de 20 ans, 3 cas de 21, 1 cas de 22, 1 cas de 23 ans.

Après 55 *ans*, nous relevons : 1 cas de 56, 1 cas de 57, 2 de 59, 4 de 60, 1 de 61, 2 de 63, 2 de 65, 1 de 68, 1 de 69, 3 de 70, et 1 de 72 ans (cholécystite suppurée, sans calculs avec résultats parfaits, de trois ans actuellement).

De 25 *à* 55 *ans*, *la fréquence moyenne* est de 2 à 4 cas par année, les cas étant particulièrement fréquents de 35 à 55 ans avec maxima de 4 ou 5 cas à 28 ans, 42 ans, 47 ans, 49 ans, 55 ans, 60 ans.

En résumé, de 17 à 25 ans, cas rares ; de 25 à 35 ans, cas assez fréquents ; de 35 à 55 ans, cas très fréquents ; de 55 à 72 ans, cas assez rares.

La proportion des décès rapides devient-elle plus importante à certaines périodes et notamment à mesure que le malade, prend de l'âge ?

Voici les résultats obtenus :

De 17 à 20 ans : 0 décès sur 1 opéré = 0 %
De 20 à 30 ans : 1 décès sur 15 opérés = 6,5 %
De 30 à 40 ans : 2 décès sur 18 opérés = 11 %
De 40 à 50 ans : 8 décès sur 26 opérés = 31 %
De 50 à 60 ans : 6 décès sur 19 opérés = 31,5 %
De 60 à 70 ans : 4 décès sur 11 opérés = 36 %
Après 70 ans : 2 décès sur 4 opérés = 50 %.

Les résultats sont donc de moins en moins bons avec l'âge, avec une progression régulière et extrêmement nette. Une telle aggravation s'explique aisément par l'apparition des cancers qui, à dater de 40 ans, grèvent lourdement les résultats immédiats de cholécystostomie.

Nous voyons en effet le cancer causer alors plus de la moitié

des décès : 3 sur 8 de 40 à 50 ans, 4 sur 6 de 50 à 60, 3 sur 4 de 60 à 70, 1 sur 2 après 70 ans. Il faut donc reconnaître que ce sont surtout les cancers qui rendent la mortalité de plus en plus lourde.

Notons cependant que même en retirant le pourcentage des cancers, le pourcentage des decès rapides semble rester un peu plus élevé lorsqu'on a dépassé 30 ou 40 ans, puisque la progression, cancers déduits, se trouve être encore : 0 %, 6,5 %, 11 %, 19 %, 11 %, 9 %, 25 %.

CHAPITRE IV

Conclusions sur nos cholécystostomies : 131 cas.

Nous pouvons résumer les résultats obtenus, avec leurs diverses conclusions particulières, mais pour tirer les conclusions générales, c'est-à-dire, juger la valeur de la cholécystostomie nous ne pourrons le faire qu'après avoir étudié les résultats de la cholécystectomie, avec laquelle elle doit être comparée pour juger en quels cas l'une ou l'autre doivent être préférées.

Résumons donc simplement ici les résultats obtenus.

I. — Résultats immédiats

Guérisons opératoires : 76 %.

Décès dans les trois mois : 24 %.

La moitié des décès survenant chez des cancéreux : 12 %, l'autre moitié : 12 % chez des cachectiques ou infectés graves, presque toujours sans complication, par choc ou continuation des troubles, les complications pulmonaires (fréquentes après cholécystectomies) étant rares ici.

Les décès surviennent presque toujours dans les quinze premiers jours, après cette date on n'observe plus que de rares décès de cancéreux, de moins en moins nombreux.

Bien qu'elle soit une opération de sauvetage, réduite au minimum, la cholécystostomie a un pourcentage important de décès rapides ; si l'on soupçonne un calcul au cholédoque, on préférera donc risquer un peu plus, plutôt que d'avoir risqué sans grande utilité une opération insuffisante. Pour les cancers

situés sur le trajet des voies principales, on rejettera la cholécystostomie qui pallie à quelques troubles (ictère et prurit) mais accélère le décès par dénutrition ; on lui préférera une anastomose au tube digestif si elle est possible.

La cholécystostomie ne peut donc garder d'indication que pour des lésions localisées à la vésicule, et nous verrons ultérieurement en quels cas et pour quelles causes on peut encore la préférer parfois à la cholécystectomie.

II. — Résultats éloignés

1° *Résultats parfaits* : 15 %, ne sont donc pas très rares après cholécystostomie, prouvant bien que cette opération peut en certains cas être excellente et ne doit pas par principe être rejetée ;

2° *Bons résultats avec petits troubles* : 25 %, donc notable proportion de troubles légers, sans altération de l'état général.

Les fistules sont assez fréquentes : 7 %, muqueuses ou biliaires selon le siège de l'obstacle qui persiste, souvent calcul oublié du bassinet ou du cholédoque ; si l'obstacle se lève naturellement, elles cessent aussitôt, leur durée a été souvent longue, de plusieurs mois, parfois de plusieurs années.

Les hernies ou faiblesse de la paroi, 3 %, sont rares et ont toujours succédé à des fistules prolongées.

Les récidives de crises, vraies mais bénignes, 5 %, ne sont pas très nombreuses ici, mais nous en verrons beaucoup plus aux troubles graves, ayant nécessité une réintervention. Les récidives de crises sont donc au total fréquentes lorsque la vésicule n'a pas été enlevée.

Les douleurs légères, 12 %, type douleur par adhérences, sont relativement fréquentes également et s'accompagnent souvent de troubles digestifs.

Les troubles digestifs : 17 % sont assez fréquents mais peu graves, en général digestions pénibles, n'ayant gêné ni l'appétit, ni la reprise de poids, généralement sans régime. Presque toujours d'ailleurs les mêmes troubles existaient déjà avant l'intervention.

3° *Améliorations partielles ou temporaires avec troubles graves* : 18 %, troubles ayant nécessité réintervention ou entraîné le décès après plus de trois mois.

a) *Réinterventions* : 11 %. Cette proportion de réintervention est considérable (10 fois plus forte que celle des cholécystectomies). Elle montre a elle seule que la cholécystostomie ne donne pas grande sécurité dans l'avenir : fistules nombreuses, graves et prolongées, abcès de la paroi ou phlegmon biliaire, récidive de crises fréquentes et graves avec douleurs d'adhérences et troubles digestifs, enfin dégénérescence tardive de vésicule qu'il eut été bien préférable d'enlever à la première intervention, tous ces troubles nécessitant une deuxième opération généralement grave sur les voies biliaires.

b) *Décès plus de trois mois après l'opération* : 7 %, survenus chez des cancers, des calculs probables méconnus au cholédoque, des récidives de crises ou de troubles hépatiques.

Le nombre des récidives de troubles graves ayant nécessité une réintervention ou entraîné le décès est donc considérable et montre bien que la cholécystostomie n'est pas une opération sûre et définitive.

III. — Considérations diverses

1° *Causes trouvées à l'intervention* :

Calculs à la vésicule, dans 62 % des cas.

Pas de calculs, 38 % des cas.

Lorsqu'il n'y a pas de calculs pour expliquer les troubles, les décès rapides sont beaucoup plus fréquents et les petits troubles persistants un peu plus nombreux.

Dans les cas sans calculs à la vésicule nous avons quelques cancers (bien que la plupart soient avec calculs), des biles anormales, boue, pus, bile épaisse, des torsions de la vésicule, des adhérences, etc..., enfin des obstacles de la voie principale : pancréatites ou calculs possibles du cholédoque non ouvert en raison de l'état général.

Les résultats sont assez bons quand les troubles sont mécaniques, ou l'infection peu virulente : bile épaisse, torsion.

Ils deviennent incertains avec les adhérences, la boue biliaire. Ils sont mauvais avec les cancers, le pus dans la vésicule et dans tous les cas d'obstruction cholédocienne non levée, calculs ou pancréas.

2° *Le cancer chez les cholécystostomies* : 16 %.

Très fréquent puisque nous le trouvons dans 16 % de nos cholécystostomies, le cancer semble presque toujours causé par la lithiase qu'on trouve associée dans 76 % des cas. En 1 cas le cancer a évolué douze ans après cholécystostomie.

Les cancers siégeaient à la vésicule ou sur les voies biliaires. Ils apparaissent surtout après 40 ans. Presque toujours le décès s'est produit dans les trois premiers mois, il semble particulièrement rapide lorsque le cancer siège sur le trajet de la voie principale : dénutrition par déperdition biliaire ; la cholécystostomie semble donc à rejeter en ces cas, lui préférer une anastomose.

En somme, la lithiase expose au cancer, la simple incision de la vésicule peut laisser évoluer un cancer insoupçonné, il faut donc à ce point de vue opérer tôt et préférer l'ablation de la vésicule.

3° *Le sexe dans les cholécystostomies.* On opère trois fois plus de femmes que d'hommes et la mortalité est bien plus élevée chez les hommes, alcoolisme, thorax rigide, foie petit, mal luxable.

4° *L'âge des cholécystostomies* est surtout de 25 à 55 ans Nos cas extrêmes sont 17 et 72 ans. La mortalité s'élève de plus en plus avec l'âge, cette augmentation tenant peut-être à l'ancienneté de l'affection et à la diminution de résistance, mais surtout à l'apparition de plus en plus importante des cancers après 40 ans. Il vaut donc mieux opérer tôt.

Nous comparerons plus loin ces résultats à ceux de la cholécystectomie, mais nous pouvons dire déjà que la cholécystostomie n'est pas très satisfaisante.

Ses résultats immédiats sont lourdement chargés, ce qui

prouve bien que cette opération minima est malgré tout loin d'être inoffensive sur les organismes débilités auxquels on la réserve et qu'il est malgré tout licite de risquer parfois un peu plus pour espérer beaucoup mieux.

Ses résultats éloignés sont médiocres : ils peuvent être parfaits, mais bien plus souvent ils laissent de petits troubles.

Ils laissent surtout (10 fois plus souvent que la cholécystectomie) des troubles graves qui peuvent causer le décès ou obligent du moins à réintervenir.

La cholécystostomie peut donc être une cpération de nécessité, ce n'est pas une opération complète, définitive, vraiment satisfaisante, et nous avons tendance à l'abandonner de plus en plus dans ces dernières années. Nous verrons plus loin les indications qui semblent cependant devoir lui rester.

DEUXIÈME PARTIE

Résultats des cholécystectomies

165 observations

CHAPITRE PREMIER

Résultats immédiats

Par résultats immédiats nous entendons les résultats obtenus au cours des trois premiers mois ; en cette période, les 165 malades chez lesquels nous avons eu à pratiquer une cholécystectomie nous ont donné :

Guérisons opératoires.....	141 cas=85,3 %
Décès chez les cancéreux.....	8 cas= 4,9 %
Décès chez les non cancéreux.....	16 cas= 9,8 %

Le total des décès : 24 cas=14,7 %, donne donc un pourcentage bien inférieur à celui de la cholécystostomie réservée en général à des cas plus graves. Tous les décès enregistrés ici sont pourtant survenus chez des cancéreux ou chez des infectés graves, en particulier pour des infections locales aiguës, empyèmes de la vésicule ou abcès périvesiculaires qui ont fait des complications pulmonaires.

En ce chapitre des résultats immédiats, ce sont surtout les décès que nous voulons étudier. Sur les guérisons opératoires qui seront reprises aux résultats éloignés, nous ne nous étendrons pas ici.

Nous diviserons donc ce chapitre en décès de cancéreux et décès de non cancéreux.

1° Décès de cancéreux :
8 cas=4,9 % sur les 165 opérés

Siège du néoplasme :

5 à la vésicule, tous 5 avec lithiase ancienne ;

1 au cholédoque près du carrefour, avec calculs à la vésicule ;

1 au pancréas avec calculs à la vésicule ;

1 au cardia, avec calculs concommitants de la vésicule.

Association de lithiase et cancer : 8 fois sur 8=100 %.

Causes du décès chez ces cancéreux.

a) 7 *décès par cachexie progressive.*

Mais de façon plus précise :

2 sont morts du sixième au dixième jour, comme de dépérissement rapide, après dérivation biliaire, lorsque le cancer se trouvait sur la voie principale : cholédoque, pancréas.

1 est mort comme un rétrécissement œsophagien. Vers le vingt-cinquième jour (cancer du cardia).

4 sont morts de simple cachexie progressive vers deux mois et deux mois et demi, lorsque le cancer siégeait à la vésicule sans envahir la voie principale.

b) 1 *décès par endocardite infectieuse* ; embolie, hémiplégie, phlébite, et décès au quatorzième jour.

Dates de décès des cancéreux.

5 sont morts dans le premier mois, 2 au sixième jour, 1 au dixième, 1 au quatorzième et 1 au vingt-cinquième jour.

1 est mort à deux mois, 2 autres à deux mois et demi.

Notons que 8 cancéreux sont morts dans les trois premiers mois, sur un total de 12 cancéreux, les 4 autres étant morts un peu plus tardivement comme nous le verrons plus loin. On voit donc que 8/12=les 2/3 des cancéreux cholécystectomisés meurent dans les trois mois, et presque tous par cachexie progressive, dont la rapidité et la mortalité varient un peu selon le siège du néoplasme, sur la vésicule ou sur la voie principale.

2° Décès chez les non-cancéreux :
16 cas=9,8 %.

a) *Causes de décès* :

1 Shock opératoire (n° 24) chez un infecté, en symphyse totale. Au premier jour, brusque état syncopal et décès trois heures après opération laborieuse et incomplète.

2 continuations de phénomènes infectieux avec décès au huitième et onzième jour (n°s 35 et 77), chez une gangrène et une fistule ancienne infectée gravement.

1 cachexie progressive avec accidents pyloriques et décès au deuxième mois (n° 33) ;

9 complications pulmonaires : 1 accident aigu avec décès au deuxième jour, 4 pneumonies avec décès au quatrième, sixième, septième et dixième jour, 2 infarctus avec décès au neuvième jour et treizième jour, 1 broncho-pneumonie avec décès au onzième jour et 1 granulie chez un tuberculeux avéré avec décès au troisième mois (n°s 8, 11, 53, 67, 91, 106, 138, 146, 148);

1 péritonite avec décès au deuxième jour (n° 7) chez une cholécystite suppurée aiguë opérée en état très grave, sans calcul (15 ans 1/2) ;

1 péricardite : 1/2 verre de pus (n° 39) avec décès au cinquième jour en collapsus cardiaque, avec hépatisation rouge des bases ;

1 typhoïde atypique (n° 13) en évolution avec cholécystite, 1 calcul, et décès au dixième jour=41, 160, parotidite, myocardite, ulcérations typhiques à l'autopsie.

Pas d'hémorragie grave (sauf 1 cas, hémorragie artérielle par desserrement d'une pince, décédé de broncho).

Nous sommes frappés de voir que chez les non cancéreux, presque *tous les décès sont causés par des accidents pulmonaires.* Nous pouvons même dire qu'actuellement les quelques décès que nous avons encore viennent tous de là. En effet, dans nos 40 premières observations nous trouvons en plus de deux com-

plications pulmonaires (nos 8 et 11) tous les cas de décès pour causes diverses vues ci-dessus (nos 7, 13, 24, 33, 35, 39). Dans les 124 cholécystectomies que nous avons pratiquées depuis 1918, à part le no 77, décès par continuation de phénomènes infectieux, nous ne relevons que des décès par accidents pulmonaires (nos 53, 67, 91, 106, 138, 146, 148), ce qui nous donne pour ces 124 derniers cas un pourcentage de décès de 6,4 %, le décès étant causé par une complication pulmonaire dans 88 % des cas.

Notons que presque toujours ces accidents pulmonaires graves sont survenus chez des infectés graves, avec état général très touché ou état local inflammatoire aigu.

2 cas seraient peut-être imputables à l'anesthésie : le décès au deuxième jour et la granulie chez un tuberculeux avéré, en dénutrition pour 1 calcul du cystique.

2 cas : infarctus et 1 pneumonie, semblent dus à ce que l'opération fut très laborieuse : adhérences, thorax étroit, résection cartilagineuse.

1 cas, pneumonie, parotidite gangréneuse est survenu chez un infecté général grave, très affaibli.

Et les 4 derniers décès : 1 infarctus le lendemain de la mobilisation des mèches, 1 broncho et 2 pneumonies, sont survenus chez des gens opérés en état infectieux local aigu : empyème de la vésicule, abcès périvésiculaire, vésicule en voie de gangrène.

Comme nous l'indiquerons pour la cholécystectomie complémentaire, au chapitre du Cholédoque, nous signalons le danger d'enlever la vésicule chez des gens très infectés, particulièrement lorsqu'on risquera d'ouvrir des portes d'entrées en plein foyer infectieux, ces complications pulmonaires étant au contraire assez rares après simple cholécystostomie.

b) *Dates de décès chez les non-cancéreux :*

Dans le premier mois, par tranches de 5 jours nous avons : 5, 6, 3, 0, 0, 0 = 14 décès, tous dans les quinze premiers jours.

Dans le deuxième mois nous avons 1 décès (cachexie progressive).

Et 1 dernier dans le troisième mois (granulie).

3° Conclusions sur les décès immédiats

Un tiers des décès survient chez des cancéreux et chez les non-cancéreux ce qui nous frappe surtout, c'est la forte proportion des complications pulmonaires, qui causent plus de la moitié de ces décès et notamment tous les décès survenus sur nos 124 derniers operés. On peut donc dire que pratiquement *tous les décès viennent de cancers ou de complications pulmonaires.*

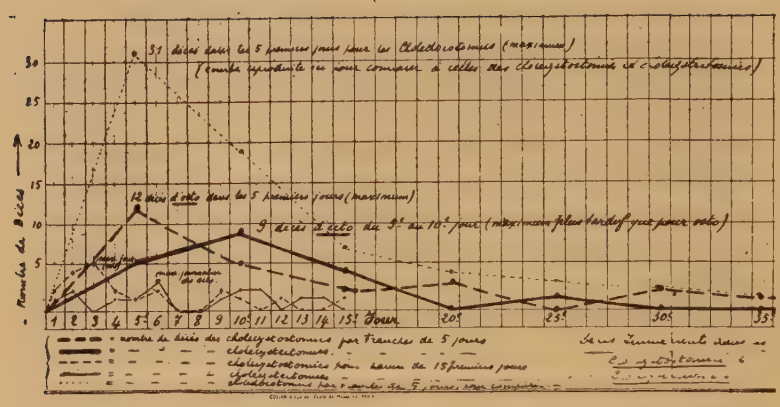
Les décès se produisent presque tous dans la première quinzaine (18 sur 24) surtout du sixième au dixième jour, par suite des complications pulmonaires, puis on ne trouve plus par la suite qu'un décès par quinzaine.

Après les quinze premiers jours, on peut donc considérer pratiquement les décès comme terminés.

4° Si nous comparons ces résultats a ceux des cholécystostomies :

Nous voyons que dans les 2 cas, la grosse mortalité se fait dans les quinze premiers jours, mais alors que le maximum est dans les cinq premiers jours pour l'osto (par choc fréquent de gens plus infectés ou plus cachectiques, auxquels nous réservons cette opération simple), le maximum, d'ailleurs moins élevé, se trouve pour l'ecto, du cinquième au dixième jour, par suite des complications pulmonaires particulièrement fréquentes ici.

D'autre part, alors que les décès pour ecto sont pratiquement terminés après les quinze premiers jours, il en subsiste quelques-uns à l'osto car les cancéreux sont ici particulièrement nombreux et quelques-uns continuent à mourir de cachexie après les quinze premiers jours.



Décès immédiats dans les cholécystostomies et cholécystectomies

- Nombre de décès des cholécystostomies par tranches de 5 jours.
- Nombre de décès des cholécystectomies par tranches de 5 jours.
- Nombre de décès des cholécystostomies pour chacun des 15 premiers jours.
- Nombre de décès des cholécystectomies pour chacun des 15 premiers jours.
- Nombre de décès des cholédocotomies par tranches de 5 jours.

(Cette dernière courbe a été mise ici pour comparaison avec les précédentes.)

CHAPITRE II

Résultats éloignés :

123 cas suivis de un à dix-sept ans.

En défalquant 24 décès de 165 opérés, il restait à chercher 141 résultats éloignés. Nous en avons obtenu 123, ne voulant pas tenir compte de 18 cas suivis pendant moins d'un an

1° Résultats parfaits d'emblée :

29 cas=17 % sur 165 opérés.

Suivis de 1 à 14 ans : 4 de 1, 8 de 2, 6 de 3, 3 de 5, 2 de 6, 1 de 7, 1 de 9, 1 de 10, 1 de 11, 1 de 12, et 1 de 14 ans.

Avec reprise de poids de 3/1, 4/4, 4/5, 5/3, 2 fois 5/5, 6/6, 10/3, 10/12, 12/7, 13/5, 15/15, 18/25, 3 fois 20/20, 25/20 et même 31/16 (kilos retrouvés sur kilos perdus).

De plus, 5 ont repris beaucoup sans noter combien, 4 n'ont pas répondu au poids et 1 seule, grasse avant, a maigri un peu depuis.

Tous étaient en excellente santé aux dernières nouvelles sauf 6 décès survenus pour : affection cardiaque (2e année) ; insuffisance et rétrécissement mitral (2e année) ; cancer de l'ovaire (2e année) ; embolie à 74 ans (3e année) ; tuberculose pulmonaire (6e année) ; affection cardiaque (9e année).

Plusieurs signalent la disparition de troubles digestifs qui étaient accentués avant l'opération.

Une malade a supporté parfaitement une récente grossesse.

2° **Bons résultats avec petits troubles :**

81 cas = 49 % sur 165 opérés.

Résultats suivis de 1 à 17 ans : 11 de 1, 21 de 2, 13 de 3, 10 de 4, 9 de 5, 3 de 6, 3 de 7, 2 de 8, 3 de 11, 1 de 12, 1 de 14, 2 de 16, 1 de 17 ans.

Avec poids repris de 1 à 25 kilos.

1 n'a rien noté, 4 ont continué à maigrir un peu, avec troubles digestifs, 2 qui étaient grosses avant l'opération ont eu la satisfaction de maigrir un peu, 6 ont repris sans donner de chiffres.

Toutes les autres ont engraissé, 2 de 2 kilos, 5 de 3, 7 de 4, 13 de 5, 6 de 6, 2 de 7, 6 de 8, 1 de 9, 5 de 10, 1 de 11, 2 de 12, 1 de 13, 2 de 14, 3 de 15, 2 de 20, et 1 de 25 kilos ; 28 reprenant leur poids ou plus que le poids perdu et 28 reprenant moins que le poids perdu avant l'opération.

α) Fistule plus ou moins prolongée : 3 cas = 2 %.

La durée de la fistule a été 2 fois de trois mois et 1 fois de six mois.

Elle a été *biliaire* dans les 3 cas, avec bile très épaisse en 1 cas (bile très épaisse sans calculs à l'intervention, nécessité de maintenir fistule ouverte par 1 drain jusqu'à ce que la bile ait eté rendue fluide par une cure à Vichy, au troisième mois).

Par la suite on a observé : 1 fois une cicatrice restée sensible, 2 fois des récidives de crises rares et atténuées, 3 fois des troubles digestifs.

Les fistules sont donc fort rares, courtes et insignifiantes après cholécystectomie, alors que nous les avons vues fréquentes, persistantes et souvent graves après cholécystostomie.

β) Faiblesse de paroi. Eventration ou hernie légère : 3 cas = 2 %.

2 cas sont expliqués, l'un par des accidents pulmonaires graves post-anesthésiques avec efforts de toux, l'autre par 1 hématome suppuré de la paroi.

Le troisième cas est 1 petit point de hernie au bas de la cicatrice, un peu douloureux.

Dans les 3 cas, il persiste de petits troubles digestifs.

La hernie ou l'éventration sont peu marquées, ne nécessitant qu'en 1 cas le port d'une ceinture. Il s'agit plutôt de faiblesse de la paroi.

γ) Récidives de crises vraies : 16 cas = 10 %.

Crises vraies mais n'ayant pas nécessité de réintervention ni troublé réellement l'état général. (Si nous ajoutions les cas de crises plus ou moins nettes classés aux troubles plus graves, nous aurions 5 ou 6 cas de plus, soit 16 +6=22 cas, soit 13 %.)

Les 26 cas retenus ici ont été classés aux petits troubles car l'état général est cependant satisfaisant, excellent dans 8 cas au moins. Il est en tout cas très amélioré, puisque 13 malades étaient avant l'opération très affaiblis, 11 avaient des crises violentes et fréquentes, 4 au moins avec forte température et 7 avec ictère ou subictère.

Tous ces malades ont repris du poids, 10 un peu moins, 6 autant et 2 plus que leur poids antérieur. Les crises qu'ils ont reprises ont été 9 fois violentes (mais 2 fois rares et 7 fois exceptionnelles : 1 seule crise isolée, parfois après quelques mois ou quelques années) et 7 fois assez fréquentes mais légères. Chez ces malades on trouve également 3 fois de la température, 2 fois de l'ictère, 5 fois des douleurs légères plus constantes en dehors des crises, et 12 fois des troubles digestifs.

δ) Persistance de douleurs légères : 29 cas = 18 %.

(Si nous ajoutions à ces cas bénins, les douleurs ayant accompagné les troubles graves, nous aurions 6 ou 7 cas de plus, soit 29+7=36 cas, soit 22 %.)

L'état général est en tous les cas très amélioré, puisque avant l'opération, 22 étaient très affaiblis, 21 avaient des crises violentes et fréquentes, 19 avec température notable et 14 avec ictère ou subictère ; 1 seul malade se plaint de n'être guère amélioré (il avait de la péritonite sous-hépatique). L'état actuel est 12 fois excellent, 17 fois assez bon. Tous les malades sauf 2 ont

repris du poids : 13 moins, 8 autant et 5 plus que leur poids antérieur.

Ces douleurs légères n'ont duré 11 fois que dans les premiers mois, 14 fois elles sont signalées rares ou extrêmement légères et 6 fois relativement fréquentes ou fortes. Enfin, dans 26 cas sur 29, nous constatons qu'elles sont observées en même temps que des troubles digestifs.

ε) Troubles digestifs : 74 cas = 45 %.

Sur 81 observations classées aux petits troubles nous trouvons que 74 accusent des troubles digestifs.

Proportion considérable : 45 %.

Si nous y ajoutons encore 5 troubles digestifs signalés par les malades classés aux troubles graves, nous avons même 74+5=79 cas de troubles digestifs, soit 48 % sur tous nos opérés. Or pour savoir en quelle proportion ces troubles persistants s'observent, c'est en réalité non sur le nombre total d'opérés qu'il faut établir le rapport, mais seulement sur les malades que nous avons pu suivre et même seulement sur ceux qui ont nettement répondu à la question : « Avez-vous souffert de troubles digestifs après l'opération ? »

Or, sur les 123 malades suivis nous obtenons une proportion de 65 % et sur les 102 qui ont répondu aux troubles digestifs, nous constatons que 22 seulement disent n'en avoir pas souffert et 79 en avoir souffert, ce qui nous fait l'énorme proportion de 79/102=77 %.

Dans 77 % des cas, les malades auxquels on a enlevé la vésicule se plaignent donc de troubles digestifs. Ces troubles sont, il est vrai, assez peu inquiétants puisque nous constatons que : 40 fois ils se plaignent surtout de digestions pénibles, 27 fois de ballonnement, 24 fois de douleurs gastriques, 19 fois de migraines, 6 fois de malaises ou vertiges, 14 fois de crampes, 4 fois de tiraillements et 4 fois de pesanteur. Ils signalent ces troubles 4 fois la nuit, 6 fois avant les repas et 59 fois au moins après les repas. Nous ne trouvons que 2 cas où on signale des nausées sans vomissements et 5 cas avec vomissements, bilieux en général.

Tous ces malades, sauf 3 souffraient de même et davantage avant l'opération.

1 seule malade (pseudo-lithiase, symphyse totale : n° 119) dit ne souffrir que depuis l'opération de crampes irrégulières, régime et peu d'appétit. Elle a cependant repris un peu de poids.

2 autres, nos 135 et 153, signalent souffrir différemment : elles n'ont plus les douleurs vives d'autrefois, mais des digestions plus lentes et du ballonnement. Poids repris.

Notons 2 observations où les troubles sont un peu plus graves parce que les douleurs sont plus pénibles après les repas ou parce que la malade a continué à maigrir. Dans 1 cas il s'agissait de fausse lithiase avec coudure (n° 176) et dans l'autre on avait trouvé, en plus des calculs, une bile épaisse et blanche comme du mastic (n° 87).

On voit qu'en somme, sur 5 cas de troubles digestifs attirant particulièrement l'attention, nous trouvons précisément 3 cas où l'intervention n'avait pas trouvé de calcul.

Ces rares cas mis à part, nous pouvons dire que tous les malades (76) souffraient avant l'opération, que 46 au moins se déclarent améliorés à ce point de vue, 13 n'en ont souffert que dans la première année, 47 n'en souffrent que par période, 9 seulement en souffrent de façon fréquente ou continue ; 49 ont bon appétit, 15 mauvais, 43 suivent un régime plus ou moins sévère et régulier, 28 n'en suivent pas du tout. A part 5 malades, tous ont repris du poids, 33 moins, 15 autant et 20 plus que leur poids antérieur, ces reprises étant pour les plus notables écarts : 6/25, 5/30, 14/21, 15/38, 20/15, 25/20, 20/10, 45/10.

Aucun de ces cas n'est donc véritablement grave, et mis à part 6 ou 8 cas un peu plus importants du fait de l'acuité des douleurs, de leur fréquence, des vomissements, de l'insuffisance de poids repris, on peut considérer ces troubles comme plus gênants que graves, très souvent insignifiants et transitoires.

Pour compléter ce chapitre, disons que sur les 22 observations de cholécystectomies qui n'accusent pas de troubles digestifs, 5 n'en avaient pas eu avant l'opération et les 17 de-

autres qui en avaient eu, ont été guéris complètement depuis.

Nous ne pouvons donc pas dire que c'est l'ablation chirurgicale de la vésicule qui crée les troubles digestifs.

Peut-être sur des animaux à vésicule normale crée-t-on des troubles digestifs en supprimant brusquement un organe jusqu'alors en parfait fonctionnement et qui ne semble pas inutile à l'organisme. Mais chez les malades opérés, le rôle de la vésicule épaissie, rétractée, bloquée par les adhérences, semble depuis longtemps bien diminué. Et c'est de cette suppression physiologique ancienne que datent en général les troubles digestifs ; tout au plus l'ablation chirugicale modifie-t-elle le caractère des troubles digestifs ; le type douloureux disparaît parfois, remplacé par une impression de ballonnement et de lenteur de la digestion.

Au sujet des troubles digestifs, nous devons analyser rapidement les *résultats des diverses interventions pratiquées en cas de sténose gastrique d'origine vésiculaire.*

Sans compter les cas que nous pourrons retrouver aux cholédocotomies, nous trouvons 16 cas : 2 parmi nos cholécystostomisés, 4 parmi nos cholécystectomisés, 10 chez lesquels on n'a pas touché aux voies biliaires.

a) Les 10 cas chez lesquels on n'a pas ouvert les voies biliaires seront étudiés ultérieurement, mais nous disons déjà que chez eux nous avons pratiqué :

5 fois une simple libération d'adhérences avec 3 améliorations notables et 2 médiocres.

5 fois une gastro-entérostomie avec 1 décès rapide chez un malade trop cachectique et 4 améliorations notables des troubles gastriques.

b) Les cas de cholécystostomie ont obtenu une grande amélioration (n°s 55 et 124) avec une gastro-entérostomie ; mais pour le n° 55, il fallut refaire une deuxième gastro peu après, plus ablation d'une tumeur gastrique : décès au cinquième jour.

c) Les 4 cas où nous avons pratiqué une cholécystectomie avec ou sans autre opération nous ont donné :

N° 61. — Sténose pylorique sans péristaltisme, considérablement améliorée par simple cholécystectomie sans toucher à l'estomac.

N° 116. — Amélioration insuffisante par libération des adhérences. On pratique deux ans plus tard une ecto sans gastro-entérostomie qui améliore beaucoup mais cependant incomplètement les troubles digestifs.

N° 161. — Sténose duodénale large par adhérences vésiculaires étendues. Une gastro-entérostomie soulagea le malade, mais c'est deux ans plus tard l'ablation de la vésicule, en symphyse totale, sans calculs, qui fit disparaître les crises et les troubles digestifs.

N° 66. — Amélioration insuffisante par une première opération : simple libération d'adhérences ; un an après on pratique donc une ectomie plus gastro-entérostomie qui donne une amélioration bien supérieure.

Sur les sténoses gastriques d'origine vésiculaire, nous concluons donc actuellement :

a) S'il y a péristaltisme et vomissements, avec état grave, il faut parer au plus pressé par une gastro-entéro-anastomose.

b) Si l'état le permet, il faut pratiquer en plus l'ablation de la vésicule.

c) Mais s'il n'y a que sténose légère, sans péristaltisme, la simple ablation de la vésicule, sans toucher à l'estomac, suffira souvent à amender les troubles gastriques, comme dans l'observation n° 61.

3° **Améliorations partielles ou temporaires avec récidives de troubles graves** : 13 cas = 7,8 %.

Troubles plus ou moins graves, ayant altéré l'état général, nécessité une deuxième opération ou entraîné le décès plus de trois mois après l'intervention.

α) Altération de l'état général : 6 cas = 3,6 %.

Six cas où la persistance ou la récidive de troubles ont altéré l'état général ou constituent une gêne véritable par la fréquence ou l'intensité des crises.

N° 66. — Libération d'adhérences à une première intervention. Pas d'amélioration. Un an plus tard cholécystectomie plus gastro-entérostomie, symphyse de toute la région sous-hépatique *sans calculs*. Repris 5 kilos perdus, mais pour les douleurs, pas plus d'amélioration à la deuxième intervention qu'à la première. Douleurs légères constantes après les repas, souvent violentes, paroi douloureuse.

N° 70. — Ectomie : pus et 23 calculs. Partie en bon état après quelques jours inquiétants. Le seul renseignement que nous avons pu obtenir est que la malade, 69 ans, est alitée depuis trois semaines avec « une crise terrible au foie ».

N° 127. — Ectomie (*sans calculs*) plus gastro-entérostomie. Cholécystite *adhésive* et sténose pylorique large. Amélioration de quelques mois puis retour des crises aussi violentes qu'avant, irrégulières, avec subictère. Troubles digestifs malgré un régime sévère. Diarrhée depuis l'opération (constipation avant). Avait déjà maigri de 10 kilos, continue à maigrir de 10 kilos. Etat général médiocre.

N° 136. — Ectomie : *pas de calculs*. Cholécystite ancienne avec *adhérences*. Peu d'amélioration après deux ans, n'a pas repris, état médiocre. Crises vraies moins fréquentes. Mais il persiste douleurs continuelles autour du foie et de l'estomac. *Pleurésie* sèche droite. Le foie déborde de deux travers de doigt. Son médecin pense à une *cirrhose chez un tuberculeux*.

N° 144. — Ectomie : 3 *calculs*, adhérences. Bon résultat opératoire, mais nullement améliorée après un an et demi. Amaigrissement extrême, crises violentes continuelles, sans température ni ictère. Troubles digestifs. De plus, *rhumatismes*, *pneumonie*, *cystite* et douleurs lombaires. Grande *névropathe* abusant de la morphine.

N° 163. — Ectomie faite un an après une ostomie. L'ostomie avait montré du pus, l'ecto, une *symphyse totale*, *mais pas de calculs*.

Cependant, entre les 2 opérations, il y a eu persistance des douleurs, altération de l'état général et *expulsion spontanée d'un calcul*.

Après la deuxième opération, amélioration d'un an, cependant il a persisté 2 crises en huit mois, des douleurs sourdes, des troubles digestifs marqués.

Nous constatons donc que, sur ces 6 cas de récidives assez prononcées, avec altération de l'état général, nous trouvons 2 cas où l'opération avait révélé des calculs et 4 cas où l'opération n'avait trouvé qu'une symphyse totale sans calculs.

a) *Pour les 4 cas sans calculs*, nous ne sommes pas trop étonnés de voir quelques troubles continuer puisque la symphyse, seule lésion découverte à l'opération pour expliquer les troubles, a dû se reproduire après,redonnant les mêmes douleurs tenaces (nos 66, 127, 136, 163) accompagnées de troubles digestifs pour le n° 127 (où une sténose pylorique large existait déjà) et pour le n° 163. Tous ces troubles semblent encore imputables aux adhérences reformées. La frequence et l'acuité des crises semblent seules diminuées depuis l'ablation de la vésicule.

(Sur l'étiologie de ces symphyses, signalons le n° 136, où elle coexiste avec pleurésie sèche et cirrhose chez un tuberculeux.)

b) *Pour les 2 cas avec calculs trouvés à l'opération*, notons que nous avons pour le moment des renseignements insuffisants sur le n° 70 et que la deuxième malade, n° 144, qui se plaint par ailleurs de nombreuses lésions de divers organes est une grande névropathe morphinomane.

Nous concluons donc encore que c'est en général après les interventions qui ne trouvent pas de calculs, que l'opération donne les résultats les moins satisfaisants.

β) Réinterventions après ectomie : 2 cas=1,2 %.

N° 126. — Nous retrouvons au n° 126 des ectomies, l'observation vue aux ostomies avec le n° 52, puisque après ectomie secondaire découvrant un cancer du fond de la vésicule, il fallut réintervenir encore un an plus tard (M. Tavernier) pour tenter d'enlever un bloc de récidive néoplasique. Décès quelques mois plus tard.

N° 21. — Ecto : 1 calcul, puis un an plus tard, doco qui donne 1 calcul. Suites immédiates excellentes, les suites éloignées de la deuxième opération n'ont pu être obtenues.

Nous n'insisterons pas ici sur les *calculs méconnus au cholédoque* non ouvert, on voudra bien se reporter à ce paragraphe traité plus loin, où l'on retrouvera cette observation n° 21.

Signalons seulement la rareté des réinterventions après cholécystectomie : 1 seul cas après cancer, 1 seul cas après li-

thiase (1 calcul à la vésicule et 1 calcul méconnu au cholédoque), alors que nous avions trouvé les réinterventions si nombreuses après ostomie.

A propos des réinterventions chez nos cholécystectomisés, signalons qu'en 9 cas la cholécystectomie avait été précédée par une autre intervention.

Cinq fois par une cholécystostomie faite par nous ou par d'autres chirurgiens (voir à suite graves de cholécystostomies) (V. n°s 20, 36, 119, 126, 77 d'ecto).

Une fois par une cholédocotomie plus ostomie, avec accidents inflammatoires tardifs, ectomie à la dix-huitième année et guérison parfaite depuis (n° 165 d'ecto).

Deux fois par libération d'adhérences (n°s 66 et 116) pour cholécystite adhésive avec troubles d'évacuation gastrique ou duodénale. Amélioration insuffisante et réintervention.

N° 66. — Un an après : ectomie et gastro-entérostomie ; amélioration plus marquée depuis.

N° 166. — Deux ans après : ectomie sans gastro. Amélioration, mais il persiste quelques troubles digestifs.

Une fois par gastro-entérostomie (n° 161).

Gastro-entérostomie pour sténose duodénale large. Ectomie deux ans plus tard : symphyse, pas de calculs. Amélioration notable.

(A noter que dans toutes ces réinterventions nous trouvons une symphyse totale de la région.)

γ) Décès plus de trois mois après l'opération : 5 cas = 3%

N° 22. — Ecto : 7 calculs puis cinq mois plus tard, laparotomie exploratrice découvrant un *cancer du pylore* généralisé au côlon transverse, en plus d'une lithiase *cholédocienne*. On referme. Décès neuf jours après cette simple opération d'exploration (femme de 35 ans).

N° 26. — Ecto partielle : calculs. Décès au sixième mois sans avoir quitté l'hôpital, après divers séjours en médecine et chirurgie. Les seuls détails retrouvés sont que *la bile ne coule pas* dans les premiers jours et qu'*un petit calcul est éliminé par le drain.*

N° 48. — Ecto : calculs nombreux et gros calculs. Adhérences. Partie guérie après un mois. Les seuls détails obtenus sont que la malade est *décédée à la cinquième année d'un cancer du foie* (Dr Papadopoulos).

N° 85. — Ecto : pas de calculs. *Cancer de la vésicule* sur cholécystite ancienne. Adhérences et généralisation au côlon. Décès au sixième mois par cachexie progressive.

N° 107. — Ecto : 50 calculs ; guérison opératoire. Décès un an plus tard *par « cancer intra-abdominal »* à point de départ indéterminé.

Sur 5 *décès survenus* plus de trois mois après l'opération, nous trouvons donc ;

1 cas, n° 26, sur lequel nous manquons de détails post-opératoires.

4 *cas de cancers* avec décès au cinquième mois (n° 22 : pylore), au sixième mois (n° 85 : vésicule), au douzième mois (n° 107 : intra-abdominal ?), à la cinquième année (n° 48 : cancer du foie).

CHAPITRE III

Considérations diverses sur nos cholécystectomies

1° Causes trouvées à l'intervention

α) Calculs trouvés a la vésicule : 139 cas=84 % sur 165 opérés ayant donné comme résultats :

21 décès rapides en 3 mois : 15 % sur 139 cas avec calculs.
14 résultats éloignés non retrouvés : 10 %.
27 résultats parfaits : 19 %.
66 résultats bons avec petits troubles : 48 %.
9 résultats médiocres avec troubles graves : 6,5%.

β) Pas de calculs a la vésicule : 26 cas=16 % sur 165 opérés ayant donné comme résultats :

3 décès rapides en trois mois : 11,5 % sur 26 cas sans calculs.
2 résultats éloignés non retrouvés : 7,5 %.
2 résultats parfaits : 7,5 %.
15 résultats bons avec petits troubles : 58 %.
4 résultats médiocres avec troubles graves : 15,5 %.

Donc pourcentage moins grand de résultats parfaits et plus grand de persistances ou récidives de troubles graves lorsqu'il n'y a pas de calculs à l'intervention.

Nous l'avions déjà vu plus haut au sujet de cas isolés, les résultats de la cholécystectomie sont généralement bons après la lithiase, plus douteux lorsqu'aucun calcul n'a été trouvé pour expliquer les troubles.

Quelles sont les causes trouvées dans les 26 *cas sans calculs* :

Cancer sans calcul : 1 cas.

1 cas avec décès quelques mois après l'opération.

Noter que nous avons par contre sur 12 cancers, 11 avec calculs associés.

Cholécystite sans calculs : 7 cas.

Parois épaisses de cholécystite chronique : 3 cas avec bons résultats.

Bile épaisse : 1 cas avec bons résultats.

Pus épais : 3 cas avec 2 décès rapides et un résultat éloigné inconnu.

Fistule persistante après cholécystostomie : 1 cas avec décès rapide.

Coudure de la vésicule : 2 cas avec bons résultats.

Adhérences ou symphyse plus complète : 15 cas avec 1 résultat éloigné inconnu, 2 parfaits, 9 bons, 3 médiocres par récidives et état général peu satisfaisant :

Les résultats de la cholécystectomie sont, en bloc, moins bons lorsque ce n'est pas la lithiase qui causait les troubles.

Voyons en détail quels cas grèvent particulièrement cette catégorie d'opérés sans calculs. Les résultats varient beaucoup selon les causes diverses qui ont provoqué le syndrome de fausse lithiase, avec coliques hépatiques plus ou moins frustes sans calculs.

a) Les résultats sont excellents lorsque les troubles semblent surtout mécaniques ou accompagnent des infections peu virulentes : parois épaissies de cholécystite chronique, bile épaisse, coudure de la vésicule ;

b) Ils deviennent très incertains lorsque les troubles sont dus à des adhérences très étendues ou à une symphyse complète, car, ainsi que nous l'avons vu en tous les cas de réinterventions, les adhérences se reforment tout comme avant et les troubles récidivent fréquemment.

c) Enfin les résultats sont nettement mauvais, souvent suivis de décès rapide, en cas de cancer et d'infection viru-

lente : pus à la vésicule ou réintervention sur fistule infectée de longue date.

Et a très peu de chose près, nous pouvons constater que ces résultats sont exactement les mêmes que ceux observés après cholécystostomie, ce qui prouve que ces résultats tiennent non au type de l'opération mais à l'affection même.

2° Le cancer dans les cholécystectomies :

12 cas=7,2 %

a) Association de cancer et lithiase : 91 %.

Nous trouvons sur 165 cholécystectomies : 12 cancers dont 11 avec lithiase associée et 1 seul cas sans calculs : 91 %.

b) Siège du cancer :

3 *fois en dehors des voies biliaires* :

1 cancer abdominal à point de départ indéterminé ayant évolué après l'opération et décédé un an après ;

2 cancers de l'estomac : 1 du cardia, 1 du pylore, décédé vingt-cinq jours et cinq mois après l'ectomie.

9 *fois sur le trajet des voies biliaires* :

1 cancer du choledoque avec calculs vésiculaires et décès au sixième jour.

1 cancer du pancréas avec calculs vésiculaires et décès rapide;

7 cancers de la vésicule avec 6 fois des calculs ; 1 seule fois pas de calculs ; le décès ayant eu lieu : 5 fois dans les trois mois (1 fois au 14e jour, 1 fois dans le 1er mois,2 fois au 2e mois, 1 fois au 2e mois 1/2) et 2 fois après plus de trois mois (1 fois au 6e mois, 1 fois à une date non précisée).

c) Age de cancers observés :

1 cas de 35 ans (pylore) avec décès quelques mois plus tard ;

1 cas entre 40 et 49 ans (vésicule) avec décès de quelques mois ;

5 cas entre 50 et 59 ans (1 cholédoque et 5 vésicules) avec 4 décès rapides et 1 éloigné ;

3 cas de 60 à 69 ans (1 de pancréas et 2 de vésicule) avec 3 décès rapides ;

2 cas sans âge noté (cancer d'estomac et cancer abdominal mal précisé).

d) Résultats des cancers :

Décès survenu dans tous les cas :

8 fois dans les trois premiers mois (voir résultats immédiats) ;

4 fois après les trois premiers mois (voir troubles graves).

3° Le sexe dans les cholécystectomies

Sur 165 opérés, nous comptons 151 femmes et seulement 14 hommes, ce qui nous donne plus de 10 fois plus de femmes que d'hommes opérés de cholécystectomie.

Notons également que l'intervention semble plus grave chez l'homme puisque nous avons :

Hommes : 3 décès rapides sur 14 opérés = 21 %.

Femmes : 21 décès rapides sur 151 opérées = 14 %.

soit environ 1 homme sur 5 et 1 femme sur 7 qui meurent dans les trois mois.

Quelle cause a-t-on trouvé à l'intervention chez les hommes ?

Sur 14 cas, on a trouvé 10 fois des calculs (dont 1 cas avec cancer surajouté) et 4 cas sans calculs, avec adhérences.

4° L'âge des cholécystectomies

(Cette statistique ne porte que sur les opérés dont nous avons pu retrouver l'âge certain.)

L'âge courant des cholécystectomies est de 25 à 60 ans.

Avant 25 *ans* nous notons : 1 cas de 15 ans 1/2 (n° 7 = cholécystite suppurée sans calculs, avec décès rapide de péritonite aiguë) ; 1 cas de 16 (n° 78 avec calculs) ; 1 cas de 21, 2 de 22, 1 de 24, 4 de 25 ans.

Après 60 *ans*, nous relevons : 4 cas de 60, 1 de 62, 2 de 64, 3 de 65, 1 de 67, 2 de 68, 1 de 69, et 1 de 71 ans.

De 25 *à* 60 *ans*, la fréquence moyenne est de 2 à 4 cas pour chaque année. On peut cependant dire que de 35 à 60 ans, les cas semblent 2 fois plus fréquents que de 25 à 35 ans. Les maxima sont de 9 cas à 37 ans, 6 cas à 42, 5 à 50, 6 à 54, 5 à 57 ans.

En résumé, de 15 à 25 ans cas rares, de 25 à 35 ans cas assez frequents, de 35 à 60 ans cas très fréquents, de 60 à 71 ans cas assez rares.

La proportion des décès rapides devient-elle plus importante à certaines périodes et notamment à mesure que le malade prend de l'âge? Voici les résultats obtenus :

De 15 à 20 ans : 1 décès sur 2 opérés=50 %
De 20 à 30 ans : 2 décès sur 15 opérés=13 %
De 30 à 40 ans : 1 décès sur 27 opérés=4 %
De 40 à 50 ans : 6 décès sur 35 opérés=17 %
De 50 à 60 ans : 5 décès sur 37 opérés=13,5 %
De 60 à 70 ans : 5 décès sur 14 opérés=35,5 %
Après 70 ans : pas de décès sur 1 seul opéré.

Après une période dangereuse qui va jusqu'à 30 ans, vraisemblablement parce que l'infection récente est encore particulièrement virulente, il se trouve une période de résultats très favorables, de 30 à 40 ans. Puis les lésions devenant plus anciennes, âge moins résistant, état général plus touché, complications pulmonaires et cancers plus fréquents, la mortalité remonte nettement pour devenir assez notable de 60 à 70 ans.

Les deux grandes causes de décès après ectomie étant, nous l'avons vu, les complications pulmonaires ou la dégénérescence cancéreuse, on comprend facilement que le pourcentage de décès rapide, s'élève ainsi avec l'âge.

Nous voyons en effet le cancer apparaître après 40 ans, dans nos décès rapides pour donner 3 décès de 50 à 60 ans et 3 décès de 60 à 70 ans. Si du précédent pourcentage nous déduisons les décès rapides par cancers d'âge connu, il nous reste : 50 %, 13 %, 4 %, 17 %, 5,5 %. 14 % ; les différences avec l'âge deviennent alors peu probantes, nous pouvons donc con-

clure que c'est surtout le cancer qui rend les opérations plus dangereuses avec l'âge, les complications pulmonaires qui causent la plupart des autres décès se trouvant presque autant chez des gens jeunes gravement infectés que chez les gens âgés.

CHAPITRE IV

Conclusions sur nos cholécystectomies

(165 cas)

Nous résumerons d'abord nos résultats avec leurs conclusions particulières, puis comparant ces résultats à ceux de la cholécystostomie, nous tirerons des conclusions générales sur ces deux interventions et leurs indications.

Voici le résumé des résultats obtenus pour l'ectomie :

I. — Résultats immédiats

Guérisons opératoires	85 %
Décès dans les trois mois	15 %

Le tiers des décès survenant chez des cancéreux, 5 %, les 2 autres tiers, 10 % chez des cachectiques ou infectés graves.

Chez les cancéreux, le décès survient presque toujours par cachexie progressive, très rapidement par déperdition biliaire et dénutrition si le cancer est à la voie principale, un peu plus tardivement par cachexie progressive, lorsque le cancer est à la vésicule.

Chez les non cancéreux, le décès survient quelquefois par shock, par continuation des phénomènes infectieux ou cachectiques ou par complications infectieuses diverses (1 péritonite, 1 péricardite). Mais ce sont les complications pulmonaires qui causent plus de la moitié des décès. Pour ces huit dernières années nous constatons même que les décès sont rares mais sont tous dus à des complications pulmonaires, et ces complications surviennent toujours chez des infectés graves, parti-

culièrement lorsque l'opération a été laborieuse, et l'ablation de la vésicule faite en plein foyer suppuré : empyème, gangrène, péricholécystite.

(Notons que chez les cholécyst*osto*mies de non-cancéreux les décès étaient au total un peu plus nombreux : 12 % au lieu de 10 % ici, en raison de l'état général plus touché, mais que presque jamais nous n'observons ces complications pulmonaires qui semblent bien imputables à l'ablation de la vésicule. Aux opérations complémentaires après cholédocotomies nous ferons même constatation.)

Tous les décès viennent donc pratiquement de cancers ou de complications pulmonaires.

Ils se produisent presque tous dans la première quinzaine (surtout du 6e au 10e jour, par suite des complications pulmonaires). Si l'on compare ces résultats à ceux des cholécystostomies, on voit :

Osto : maximum dans les cinq premiers jours (chocs fréquents de gens très affaiblis) ; la plupart des décès dans les quinze premiers jours ; mais quelques-uns après (cachexie traînante de cancers):

Ecto : maximum du cinquième au dixième jour (complications pulmonaires) ; tous les décès, pratiquement, dans les quinze premiers jours.

II. — Résultats éloignés

1° Résultats parfaits : 17 %, donc légèrement plus nombreux que ceux de la cholécystostomie (15 %), mais à peine plus, car nous verrons que si l'ectomie laisse des troubles moins graves, elle en laisse fréquemment certains autres plus légers, en particulier des troubles digestifs.

2° Bons résultats avec petits troubles : 49 %, la proportion des troubles légers est donc considérable, nous allons en voir les causes :

Les fistules, 2 %, sont ici rares, biliaires, courtes et insignifiantes contrairement à ce que nous avons vu aux cholécystostomies.

Les hernies ou éventrations : 2 %, sont rares et peu marquées, dues à des accidents pulmonaires (1 cas) ou à 1 abcès de la paroi (1 cas).

Les récidives des crises vraies et bénignes : 10 %, ne sont pas très nombreuses ici et nous n'en retrouvons pas non plus un grand nombre aux troubles graves. Les récidives de crises sont donc bien moins fréquentes qu'après simple cholécystostomie : au total 18 % au lieu de 35 %.

Les douleurs légères, type adhérences : 18 %, sont par contre un peu plus fréquentes qu'après cholécystostomie, s'accompagnant également souvent de troubles digestifs, elles n'ont généralement duré que dans les premiers mois.

Les troubles digestifs : 45 %, sur le total des opérés et 77 % sur les malades ayant répondu aux questions posées à ce sujet, sont donc extrêmement fréquents, beaucoup plus qu'après cholécystostomie. Mais ils ne sont pas graves, digestions pénibles, ballonnement gênant peu en général l'appétit et la reprise de poids. Les seuls cas rares un peu plus importants s'observent chez des malades où l'on n'a pas trouvé de calculs : symphyse, biles anormales.

Presque tous ces troubles digestifs existaient d'ailleurs avant l'intervention, ils ont été améliorés dans la moitié des cas, le caractère des troubles s'est parfois modifié : lenteur de digestion au lieu de type douloureux avant l'opération.

Ce n'est donc pas l'ablation de la vésicule qui sauf très rares exceptions crée les troubles digestifs : ceux-ci datent non de la suppression opératoire de la vésicule, mais de sa suppression physiologique par rétraction, adherences ou épaississement des parois, existant en général longtemps avant l'intervention.

Pour les sténoses gastriques d'origine vésiculaire, s'il y a péristaltisme et vomissements, nous pratiquons une simple gastro-entérostomie ou nous ajoutons l'ablation de la vésicule si l'état général le permet. Si la sténose est légère, sans péristaltisme, nous enlevons seulement la vésicule, cette simple ablation suffisant en général à amender les troubles gastriques.

Les troubles digestifs constatés après ablation de la vésicule

sont donc généralement peu graves et antérieurs à l'intervention, mais ils sont d'une fréquence considérable.

3° Améliorations partielles ou temporaires avec troubles graves : 8 %, troubles ayant altéré l'état général, nécessité une réintervention ou entraîné le décès.

a) *Altération de l'état général* : 4 %, donc cas assez peu nombreux où les douleurs parfois accompagnées de troubles digestifs, ont persisté ou récidivé, altérant l'état général ou gênant notablement par la fréquence ou l'intensite des douleurs; notons cependant que même en ces cas, les crises véritables semblent moins fortes et moins fréquentes.

Signalons surtout que ces résultats moins satisfaisants se produisent dans les deux tiers des cas chez des malades sans calculs où l'on n'avait trouvé qu'une symphyse totale qui semble s'être reproduite.

b) *Réinterventions* : 1 %, alors que nous avions trouvé 10 % aux cholécystostomies ; on voit combien l'ectomie donne plus de sécurité.

c) *Décès plus de trois mois après l'opération* : 3 %, ces décès tardifs se produisant 4 fois sur 5 chez des cancers.

On voit donc combien au total la cholécystectomie laisse peu de troubles graves : 8 % au lieu de 18 % après cholécystostomie.

III. — Considérations diverses

1° Causes trouvées a l'intervention :

Calculs à la vésicule dans 84 % des cas.

Pas de calculs à la vésicule dans 16 % des cas.

Lorsqu'il n'y a pas de calculs pour expliquer les troubles, les résultats sont un peu moins bons, il y a un peu moins de résultats parfaits, un peu plus de petits troubles et nettement plus de troubles graves persistants.

Dans les cas sans calculs à la vésicule, nous avons 1 seul cancer (tous les autres étant avec calculs), des biles anor-

males, boue, pus, bile épaisse, 2 torsions de la vésicule, mais surtout des cas d'adhérences ou de symphyse complète.

Les résultats sont exactement ceux que nous avons vus après cholécystostomies : ils sont excellents pour les troubles mécaniques, ou infectieux légers (coudure, bile épaisse), incertains pour les symphyses et adhérences qui se reforment ; nettement mauvais en cas de cancer ou d'infection virulente : pus ou fistule infectée de longue date.

2° Le cancer chez les cholécystectomies : 7 %.

Assez fréquent puisque nous le trouvons chez 7 % des opérés, le cancer semble presque toujours causé par la lithiase qu'on trouve associée dans 91 % des cas.

Le cancer siégeait parfois sur les voies biliaires mais surtout à la vésicule, et était apparu après 40 ans.

Dans les deux tiers des cas le décès est survenu dans les trois premiers mois, particulièrement rapide lorsque le cancer était sur la voie principale, comme nous l'avons déjà vu aux cholécystostomies.

Nous avions déjà vu aux cholécystostomies combien le cancer était fréquent (16 % des ostomies, avec calculs dans 76 % des cas) ; nous pouvons donc renforcer notre conclusion : la lithiase expose sérieusement au cancer, il convient donc d'opérer tôt et de préférer l'ablation de la vésicule.

3° Le sexe dans les cholécystectomies :

La proportion de femmes est encore bien plus grande qu'aux cholécystostomies ; nous avons ici 10 fois plus de femmes que d'hommes et la mortalité des hommes est ici aussi nettement plus marquée.

4° L'âge des cholécystectomies :

L'âge courant est de 25 à 60 ans, nos cas extrêmes étant 15 ans 1/2 et 71 ans. Ici aussi, la mortalité s'élève de plus en plus avec l'âge, cette augmentation tenant surtout à l'apparition de plus en plus importante des cancers après 40 ans.

CHAPITRE V

Valeur comparative des deux opérations, cholécystostomie et cholécystectomie

Au cours des conclusions de la cholécystectomie, nous avons comparé séparément les divers résultats avec ceux de la cholécystostomie. Résumons les grandes lignes et comparons :

	Cholécystostomies	*Cholécystectomies*
Décès rapides	24 %	15 %
Résultats parfaits	15 %	17 %
Bons résultats	25 %	49 %
Résultats médiocres	18 %	8 %

a) Nous voyons donc que la *cholécystostomie* a plus de décès rapides, un peu moins de résultats parfaits et beaucoup plus de résultats médiocres ayant entraîné le décès ou nécessité une réintervention.

Le nombre des décès rapides tient surtout à l'état des opérés réservés à cette intervention. En elle-même l'opération ne présente qu'une très faible mortalité, mais celle-ci résulte de l'affection pour laquelle on pratique la dérivation biliaire.

Ses résultats parfaits sont presque aussi nombreux que ceux de la cholécystectomie ; dans cette catégorie rentrent en particulier de nombreux cas de cholécystotomie idéale, faite sur une vésicule peu infectée avec calculs unique ou peu nombreux. La cholécystostomie n'est donc pas condamnable en principe puisqu'elle peut donner assez souvent de parfaits résultats.

Mais il faut cependant s'en méfier beaucoup en raison de cette proportion considérable de troubles graves ultérieurs, récidives de crises, fistules persistantes, abcès de la paroi,

danger de cancérisation qui obligent si souvent à réintervenir et entraînent parfois le décès tardif.

b) La *cholécystectomie* n'est pas non plus sans reproches : ses résultats immédiats sont grevés d'une assez lourde mortalité par complications pulmonaires qui n'existent pas après cholécystostomie et qui surviennent chez *les infectés graves, surtout infection locale aigue* : empyème, phlegmon, gangrène ou abcès périvésiculaire. Il semble donc en ces cas prudent de renoncer à l'ablation.

Ses résultats éloignés ne sont pas parfaits non plus, il n'y a pas de fistules ennuyeuses, il y a peu de récidives de crises, mais il y a énormément de troubles digestifs, en général antérieurs à l'opération, mais en tout cas plus fréquents après ablation qu'après simple drainage. Par contre, mis à part les cancers et les pseudo-lithiases, on peut dire qu'il n'y a plus jamais de troubles sérieux : l'opération est donc généralement définitive et beaucoup plus satisfaisante.

c) Aussi, ces rares contre-indications mises à part (grande cachexie, infection grave, surtout locale, difficultés opératoires particulières, symphyse complète, clivage pénible ou hémorragique, foie mal luxable, malades obèses) faisant craindre un décès rapide par choc ou complication pulmonaire, c'est la cholécystectomie que nous préférerons, réservant la cholécystostomie aux contre-indications énumérées plus haut et aux cas assez rares où peut être tentée une cholécystotomie idéale : femme jeune, vésicule peu infectée, calculs unique ou très peu nombreux.

Par simple comparaison du nombre des opérations que nous avons pratiquées, on peut d'ailleurs voir combien nous avons tendance à pratiquer de plus en plus la cholécystectomie :

Cholécystostomie : 85 en 1913, 131 en 1924.

Cholécystectomie : 28 en 1913, 165 en 1924.

Pour terminer ce chapitre nous nous permettrons de comparer les résultats immédiats de la cholécystectomie à ceux des deux autres interventions sur les voies biliaires qui ont une

mortalité beaucoup plus lourde. Pour la cholédocotomie, l'opération est un peu plus choquante, mais surtout, ainsi que pour la cholécystostomie, il y a des malades opérés souvent en état plus précaire, et c'est cet état précaire des sujets qui, pour ces deux dernières interventions, élève si notablement la mortalité, puisque dans la cholécystectomie qui peut choisir ses cas, laissant à la cholécystostomie les plus affaiblis, nous n'observons plus à l'heure actuelle que de très rares décès, tous survenus chez des cancers ou dus à quelques complications pulmonaires chez des infectés graves. Nous pouvons donc conclure que la chirurgie des voies biliaires verrait encore baisser considérablement sa mortalité si les malades tardaient moins à se faire opérer.

TROISIÈME PARTIE

Résultats des cholédocotomies

190 observations

CHAPITRE PREMIER

Résultats immédiats

Par résultats immédiats nous entendons les résultats obtenus au cours des trois premiers mois ; en cette période, les 190 malades chez lesquels nous avons eu à pratiquer une cholédocotomie nous ont donné :

Guérisons opératoires : 121 cas=64 %.

Décès rapides dans les cinq premiers jours, en rapport plus direct avec le schock opératoire : 17 cas=9 %.

Décès entre le cinquième et le quatre-vingt-dixième jour, presque toujours indépendant de l'acte opératoire : 52 cas= 27 %.

Disons de suite que si le pourcentage des décès est relativement élevé (36 % au total), c'est qu'il comprend toutes les cholédocotomies pratiquées, cancers, états infectieux, et non pas les seules cholédocotomies pour lithiase. A la fin de ce chapitre, on pourra voir que 4 décès seulement, soit 2 %, semblent plus nettement imputables à l'acte opératoire.

En ce chapitre des résultats immédiats, ce sont surtout les décès que nous voulons étudier, car ce sont les observations les plus instructives. Sur les guérisons opératoires, nous ne nous étendrons pas, car elles seront reprises en détail dans les résultats éloignés. Nous aurions cependant pu, pour ces cas

de guérison, étudier les diverses phases qui suivent l'opération, en particulier la *période critique des vingt premiers jours*, pendant laquelle beaucoup d'opérés trop affaiblis, cachectiques ou infectés, soulagés d'abord par le drainage biliaire mais, par contre, épuisés bientôt par cette déperdition qui se prolonge, semblent incapables de cicatriser leur plaie, et restent comme indécis entre la mort ou la guérison, à la merci d'ailleurs de la moindre complication ; *puis la période extraordinairement rapide de convalescence* dès que la fistule commence à diminuer et se ferme.

Nous aurions pu dénombrer également *les complications* pulmonaires ou autres, suivies de guérison, pour dresser un état vraiment complet des diverses complications, quelle qu'en soit la terminaison. Dans un travail ultérieur nous reprendrons ces considérations et publierons quelques observations intéressantes, telle celle (n° 3) de compression temporaire de la veine porte qu'on pourra trouver déjà dans nos *Mémoires de Chirurgie hépatique* (p. 253).

En ce travail nous nous limiterons aux *résultats immédiats avec décès* : leur nombre, leurs causes, leurs dates, avec un résumé succinct des observations. Puis nous rechercherons l'influence que peuvent avoir sur ces décès rapides, l'affection causale, l'âge, le sexe, les opérations complémentaires et nous verrons enfin quelles conclusions nous semblent en découler.

I. — Nombre des décès immédiats

Par décès immédiats nous entendons *décès dans les trois premiers mois* qu'il y ait eu ou non guérison opératoire et que le malade soit mort à l'hôpital ou chez lui ; c'est la découverte de quelques-uns de ces derniers cas, décédés à domicile, qui a grevé légèrement le chiffre de nos précédentes statistiques.

Sur 190 *opérés nous avons ainsi* 69 *décès*, *soit* 36 %, répartis de la sorte :

Avant 1914 : 27 décès sur 56 opérés = 49 %.

Depuis 1914 : 42 décès sur 134 opérés = 30 %.

Ce pourcentage pourra paraître élevé. Il tient à deux causes principales :

a) Dans le total nous comprenons de nombreux cas de cancers et d'état infectieux des voies biliaires, pour lesquels la mortalité est considérable ;

b) Pour les lithiases, la cause que nous ne répéterons jamais trop avec tous les spécialistes de la chirurgie hépatique, c'est que *les malades viennent vraiment trop tard.* Ont-ils fait reculer la décision, ou leur médecin a-t-il trop longtemps hésité à l'imposer ; lorsque les malades nous arrivent après de vaines thérapeutiques, ou des cures trompeuses, la situation est déjà trop souvent compromise. Sur des organismes profondément affaiblis ou infectés, on nous demande de tenter, en dernier espoir, une opération minutieuse, profonde, souvent laborieuse. Des guérisons souvent inespérées nous incitent à tenter cette dernière chance, mais il nous faut bien rappeler que ce *sont tous ces cas opérés trop tard, en pleine cachexie ou infection, qui grèvent si lourdement tous les résultats.*

Pour notre statistique personnelle, nous croyons pouvoir dire que ce pourcentage élevé tient à quatre causes :

a) *Notre statistique* compte intégralement nos opérés, y compris les tout premiers qui remontent à 1896, 1900 ;

b) *Nous n'avons jamais voulu refuser de tenter personnellement l'intervention, dans les cas les plus désespérés* ;

c) *Nous avons étendu à trois mois la période des décès immédiats ordinairement plus limitée* car on peut, jusqu'à cette date, retrouver quelques décès par complications traînantes, plus ou moins imputables à l'intervention ;

d) *Nous sommes à peu près certains qu'aucun décès après retour du malade à domicile, n'a pu nous échapper*, puisque sur 190 opérés, nous avons pu en retrouver 172 suivis jusqu'à leur mort ou pendant un an au moins, les 18 manquants nous ayant été signalés comme non décédés mais partis sans laisser d'adresse.

Enfin, avec la *décentralisation actuelle de la chirurgie*, il faut bien constater que ce ne sont plus, bien souvent, que les cas les plus délicats qu'on achemine vers les grands centres.

L'amélioration de notre pourcentage (30 % depuis 1914 contre 49 % avant) tient évidemment à quelques perfectionnements de technique, mais il tient surtout à ce que l'éducation du milieu médical et même du public se fait peu à peu et nous permet un peu plus souvent actuellement d'intervenir en des conditions convenables. Toutes les pages qui vont suivre nous montreront que c'est là que doivent tendre nos efforts : *il faut opérer tôt, si nous voulons garder nombreuses chances de guérir.* Ce sont les mêmes causes qui, à notre avis, expliquent les différences de pourcentage entre nos opérés de ville et ceux d'hôpital. *Les opérés de ville* plus éduqués, venus plus tôt, n'ont que 26 % *de décès* (18 sur 69) alors que ceux d'hôpital en ont 41 % (50 sur 121).

II. — Causes des décès immédiats

Nous avons tâché de grouper les décès par causes et dans chaque cause, par date de décès. Mais il est en général bien *difficile d'établir la cause définie du décès chez de tels malades.* Presque toujours, plusieurs facteurs sont intervenus, et l'opéré meurt par un *ensemble complexe de causes* : cachexie, infection, shock, insuffisance hépatique, dénutrition, déperdition biliaire, etc... entraînant parfois des complications : hémorragiques, pulmonaires, péritonéales, etc. Il est *difficile de dégager de cet ensemble la cause qui a fait mourir. C'est donc plus exactement la cause qui a paru dominante ou une complication caractéristique qui nous serviront à classer les décès.*

Et nous voyons ainsi que *sur* 69 *décès* :

a) 37 *sont morts sans phénomènes notables autres que la continuation de symptômes généraux graves, infectieux ou cachectiques* : 55 % ;

b) 32, *déjà très affaiblis ou infectés pour la plupart, sont morts avec une complication nette* : 45 %.

A) *Pour les* 37 *décès par cachexie ou infection, sans rien autre* :

Lorsqu'ils sont morts dans les cinq jours, nous considérerons qu'opérés dans un état précaire ils n'ont pu se remettre du *shock opératoire* (17) ;

Lorsqu'ils sont morts après les cinq premiers jours selon que predominaient la température ou l'affaiblissement général, nous estimerons qu'ils sont morts *par cachexie* (9) ou par *persistance de l'état infectieux* (11). (Cette division pourra paraître un peu factice, il est difficile de clarifier autrement de grosses statistiques.)

B) *Pour les* 32 *décès avec complications*, ils seront classés selon chacune d'elle : *hémorragies* (13) ; *complications pulmonaires* (10) ; *péritonites* (3) ; *occlusions* (3) ; *embolies* (2) ; *urémie* (1), *sans préjuger de la cause réelle du décès* QUI PRESQUE TOUJOURS NOUS LE RAPPELONS A ÉTÉ L'ÉTAT INFECTIEUX OU CACHECTIQUE *avant l'intervention, la complication n'ayant eu bien souvent que la valeur d'un épiphénomène caractéristique* qu'il était cependant intéressant de relever.

III. — Observations résumées des décès immédiats

1° SHOCK OPÉRATOIRE (*Décès dans les* 5 *premiers jours*) : 17 cas=24 % sur le total des décédés.

Premier jour :

N° 91. — Collapsus chez un cancer des voies biliaires, tuberculeux fibreux et cirrhotique.

Deuxième jour :

N° 138. — Cancer des voies biliaires infectées : 39°5 et 100 avant l'opération.

N° 23. — Amaigri de 22 kilos, infecté à 38°5, pus dans le choledoque.

N° 107. — Infecté grave, abcès miliaires du foie, 40 et 104 avant l'opération.

Troisième jour :

N° 11. — Infecté grave, gros foie et ictère depuis six mois.

N° 46. — Infecté grave, foie est une éponge de pus, 41 avant opération.

N° 158. — Cancer des voies biliaires infecté.

N° 12. — Infecté grave, passé de 30 ans, crises de température, ictère, bile purulente.

N° 141. — Infecté grave, très déprimé, amaigri de 15 kilos.

Quatrième jour :

N° 98. — Infecté grave, ancien, crises à 40.

N° 64. — Infecté grave, bronchite chronique, hémorragies intestinales avant.

Cinquième jour :

N° 32. — Infecté grave, 40 avant opération ; vomi, 40-140.

N° 19. — Infecté grave et ancien, opéré d'urgence.

N° 22. — Cancer probable du cholédoque, angiocholite, ictère.

N° 130. — Affaibli, 38°5, 120. Ictère, insuffisance hépatique.

N° 128. — Opéré *in extremis* puis emmené par sa famille.

N° 37. — Infecté grave. Insuffisance hépatique.

2° Continuation de phénomènes infectieux :
11 cas = 16 %.

Sixième jour :

N° 15. — Infecté grave, gros foie, ictère, foie non luxable.

N° 83. — H. de 70 ans, infection et collapsus des gens âgés.

N° 104. — Homme infecté ; insuffisance hépatique.

Huitième jour :

N° 67. — Infecté grave de 70 ans.

N° 71. — Infecté grave, de 70 ans avec calcul enclavé du pancréas.

N° 39. — Cancer de vésicule, 700 calculs de vésicule, et pancréas induré, 38 à l'entrée.

Neuvième jour :

N° 68. — Angiocholite infectieuse sans calculs.

N° 70. — H. de 60 ans, passé de 35 ans, pris pour gastralgie du tabés par Charcot trente ans auparavant.

Douzième jour :

N° 94. — Infecté grave avec 40 fréquents.

Vingtième jour :

N° 53. — Angiocholite grave : fistule de deux ans après ostomie pour empyème et migration de calcul vers la fosse iliaque par voie sous-péritonéale.

3° Cachexie progressive : 9 cas=13 %.

Huitième jour :

N° 116. — 60 ans et dénutrition par sténose pylorique.

Dixième jour :

N° 56. — Très cachectique opérée tardivement, n'a pu s'alimenter ni se remonter.

N° 162. — Cirrhotique avec ascite, angiocholite infectieuse d'origine pancréatique probable.

Quinzième jour :

N° 31. — Cachexie progressive avec 37 et pouls à 80 chez un amaigri.

N° 159. — Cancer de l'hépatique, 60 ans, avec noyaux et abcès sur la face convexe du foie.

Vingtième jour :

N° 187. — Vieillard de 73 ans, opéré en état précaire, s'est affaibli lentement sans pouvoir combler sa plaie.

Vingt-cinquième-jour :

N° 41. — Ictère et amaigrissement chez pancréatite chronique (peut-être cancer).

Trentième jour :

N° 100. — 70 ans, n'a pu faire les frais de réparation opératoire ; eschares fessières et trochantériennes.

Soixantième jour :

N° 72. — Cachexie progressive après guérison opératoire. Epaississement du cholédoque ; a laissé persister les troubles.

4° Hémorragies : 13 cas = 19 %.

Nous rappelons tout particulièrement pour les hémorragies ce que nous avons dit des complications en général: Ce ne sont pas elles en général qui ont causé le décès, dû surtout à l'état grave antérieur, mais nous avons groupé tous les cas de décès où une hémorragie a paru digne d'être notée.

a) En nappe : 9.

Premier jour :

N° 113. — Hémorragie du parenchyme hépatique dans décollement vésiculaire.

N° 108. — Hémorragie de toute la face inférieure du foie chez un insuffisant hépatique infecté qui était en symphyse. De plus cancer des voies biliaires.

N° 77. — Hémorragies dans la zone de décortication d'une énorme poche cholédocienne avec adhérences.

N° 34. — Hémorragie interne de l'incision pancréatique.

Cinquième jour :

N° 10. — Hémorragie en nappe dès le premier jour (adhérences nombreuses chez un ictérique ancien).

Neuvième jour :

N° 170. — Hémorragies avant et après l'opération, d'insuffisance hépatique, puis complications pleuro-pulmonaires.

Dixième jour :

N° 62. — Hémorragie en nappe de toute la loge cloisonnée, qui commence après mobilisation des mèches.

Onzième jour :

N° 181. — Hémorragie en nappe au début chez un insuffisant, après opération laborieuse, puis hémorragie de l'artère cystique dans les deux derniers jours.

Douzième jour :

N° 140. — Hémorragie grave débutant au dixième jour, par a lumière du cholédoque, chez femme très débilitée.

b) Artérielles : 2.

Premier jour :

N° 173. — Hémorragie abondante, 2 branches de l'artère hépatique sectionnées et 2 bouts sur 4 non liés. Modification des rapports : énorme dilatation du cholédoque par de nombreux calculs.

Cinquième jour :

N° 49. — Blessure de l'artère hépatique et cholédocotomie accidentelle, du fait de déformation considérable du cystique par de volumineux calculs.

c) Intestinales : 2.

Premier jour :

N° 28. — Hémorragie intra-intestinale après ablation intra-duodénale d'un cancer de l'Ampoule de Vater, faite après exploration du cholédoque.

Dixième jour :

N° 134. — Hémorragie intestinale avant et après l'opération. Obèse en état infectieux avec ictère grave.

5° Complication pulmonaires : 10 cas = 14,5 %.

a) Œdème aigu : 1.

Premier jour :

N° 122. — Œdème aigu chez un amaigri en bon état général.

b) Pneumonie : 3.

Cinquième jour :

N° 182. — Chez infecté grave après opération laborieuse.

Septième jour :

N° 188. — Chez infecté grave et alcoolique.

Neuvième jour

N° 175. — Chez infecté grave (40 avant) et opération laborieuse.

c) Broncho-pneumonie : 4.

Onzième jour :

N° 59. — Chez infecté grave, amaigri et 40 avant opération

Douzième jour :

N° 7. — Chez débilité, amaigri et crises fréquentes.

Vingt-cinquième jour :

N° 157. — Hépatisation rouge à gauche et zones sphacelées à droite chez débilitée.

Trente-cinquième jour :

N° 52. — Broncho qui s'amende puis traîne avec pouls rapide, température et cachexie. Cicatrisation ne se fait pas, bile continue à couler et matières restent blanches, chez un amaigri, crises fréquentes, albuminurique.

d) Gangrène : 1.

Trentième jour .

N° 160. — Infecté grave (œdème) et opération laborieuse, Résiste à pneumonie puis meurt de gangrène.

e) Complications pleuro-pulmonaires : 1.

Soixante-quinzième jour :

N° 165. — Après opération laborieuse, hépatisation du lobe nférieur droit, abcès pulmonaire et pleurésie purulente.

6° Péritonite : 3 cas = 4 %.

Quatrième jour :

N° 33. — Eventration puis péritonite chez un cirrhotique après opération laborieuse, adhérences, blessure du duodénum et de branche pylorique de l'artère hépatique.

N° 29. — Péritonite chez un amaigri, mais relativement robuste bien que vomissant tous les jours depuis deux mois, gros foie et calculs intra-hépatiques.

Huitième jour :

N° 135. — Péritonite chez un tuberculeux et cirrhotique avancé (ascite) après opération hémorragique par adhérences. De plus, début de broncho.

7° Occlusion post-opératoire : 3 cas = 4 %.

Deuxième jour :

N° 25. — Compression de la troisième portion du duodénum par l'artère mésentérique, après une anastomose cholédoco-duodénale (2e portion) chez un cancer du pancréas avec noyaux hépatiques.

Troisième jour :

N° 36. — Compression du duodénum par les compresses entourant le drain, qu'il avait fallu mettre un peu grosses, après opération laborieuse du fait d'adhérences ; vomissements, ayant résisté bien qu'on ait retiré un peu les mèches. Pas de péritonite.

Vingtième jour :

N° 20. — Sténose pylorique apparue au quinzième jour. Gastro-entéro-anastomose et décès au vingtième jour.

8° Embolies probables : 2 cas = 2 %

Dix-neuvième jour :

N° 117. — Décès brusque alors qu'allait très bien avec température à 37-38°5. Rien à l'autopsie.

Vingt-septième jour :

N° 110. — Syncope brusque chez un malade ne se remontant pas, avec escarres sacrées, 37°5.

9° Urémie : 1 cas = 1 %.

Dixième jour :

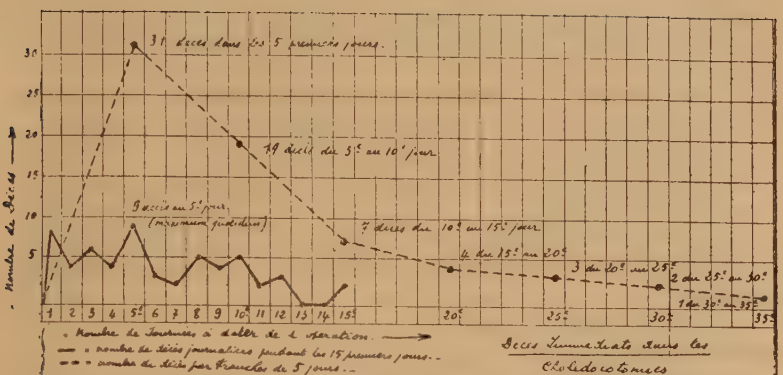
N° 13. — Infecté grave, avec température élevée, arythmie, œdème et albumine, décédé avec oligurie, myosis et convulsions.

IV. — **Les dates des décès immédiats**

Nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de préciser les dates des principaux accidents qui peuvent survenir.

Les décès sont ainsi répartis (Voir le graphique ci-joint) :

Du 1er au 5e jour = 8, 4, 6, 4, 9 =	31	= 66 *décès dans le 1er mois*
Du 6e au 10e jour = 3, 2, 5, 4 ,5 =	19	
Du 11e au 15e jour = 2, 3, 0, 0, 2 =	7	
Du 16e au 20e jour.....	4	
Du 21e au 25e jour.....	3	
Du 26e au 30e jour.....	2	
Du 31e au 35e jour.....	1	= 2 *décès dans le 2e mois*
Du 35e au 40e jour.....	0	
Puis au 60e jour	1	
Et au 75e jour.....	1	= 1 *décès dans le 3e mois*



Décès immédiats dans les cholédocotomies

——— **Nombre de décès journaliers dans les 15 premiers jours.**
– – – **Nombre de décès par tranches de 5 jours.**

On voit donc que :

A) *La mortalité des cinq premiers jours est considérable* avec maximum au premier et au cinquième jour.

B) *Puis elle décroît très rapidement, avec une progression presque mathématique de cinq jours en cinq jours* : 31, 19, 7 4, 3, 2, 1, 0.

C) Et nous avons ainsi 66 décès dans le premier mois et seulement 2 décès dans le deuxième et 1 décès dans le troisième mois, soit 30 et 60 fois moins qu'au premier mois.

D) On peut donc considérer qu'on *perd à peu près la moitié des malades dans les cinq premiers jours, l'autre moitié dans le restant de ce premier mois, la liste des décès étant pratiquement, close à la fin de ce premier mois.*

Qu'est-ce qui grève aussi lourdement les cinq premiers jours ?

Voici les décès groupés par jour avec leurs causes :

1er jour, 8 avec : 1 œdème aigu ; 1 collapsus chez un cancéreux tuberculeux et cirrhotique et 6 hémorragies dont 5 en nappe et 1 de vaisseaux.

2e jour, 4 avec : 1 compression du duod. ; par l'art. mésentérique et 3 shocks d'infectés graves.

3e jour, 6 avec : 1 compression du duod. par des compresses et 5 shocks d'infectés graves.

4e jour, 4 avec : 2 péritonites et 2 shocks prolongés d'infectés.

5e jour, 9 avec : 4 shocks prolongés d'infectés graves, 1 pneumonie et 3 hémorragies en nappe et 1 de vaisseaux.

6e jour, 3 avec : 1 collapsus progressif chez vieillard et 2 persistances d'état infectieux.

7e jour, 2 avec : 1 pneumonie et 1 persistance d'état infectieux.

8e jour, 5 avec : 1 péritonite et 4 vieillards qui n'ont pu se remonter.

9e jour, 4 avec : 1 hémorragie en nappe après mobilisation des mèches, 1 urémie et 2 cachexies progressives.

10e jour, 5 avec : 1 hémorragie intestinale d'insuffisant, 1 cachexie progressive, 2 complications pulmonaires et 1 continuation d'accident infectieux.

11e jour, 2 avec : 1 hémorragie en nappe depuis le début et 1 broncho-pneumonie.

12e jour, 3 avec : 1 hémorragie secondaire, 1 broncho-pneumonie et 1 persistance d'accidents infectieux.

15e jour, 2 avec : cachexie progressive.

20e jour ,4 avec : 1 sténose pylorique, 1 embolie et 1 persistance d'accidents infectieux.

25e jour, 3 avec : 1 complication pulmonaire avec défaillance cardiaque, 1 embolie après escarre et 1 cachexie progressive.

30e jour, 2 avec : 1 gangrène pulmonaire et 1 cachexie de vieillard.

35e jour, 1 avec : broncho chez un homme de 33 ans qui ne répare pas et dont les matières sont restées blanches.

60e jour, 1 avec : cachexie progressive après guérison opératoire.

75e jour, 1 avec : complication pleuro-pulmonaire.

A part 2 blessures de l'hépatique, 2 compressions du duodénum, 2 péritonites, 1 œdème aigu, et 1 pneumonie rapide, soit 8 cas, *les nombreux décès des cinq premiers jours surviennent donc pour 2 causes principales :*

14 décès d'infectés graves ou d'affaiblis qui, sans aucune manifestation, ne se remettent pas de l'opération.

7 décès par hémorragie en nappe d'Insuffisants hépatiques.

Puis dans les semaines suivantes, les décès continuent par cachexie progressive ou persistance des accidents infectieux, les

complications pulmonaires apparaissent et on retrouve quelques hémorragies en nappe déclanchées parfois par la mobilisation des mèches chez des Insuffisants.

En groupant les décès par causes avec jours nous avons le tableau suivant :

Shock opératoire d'affaiblis ou infectés : 17 (décédés dans les 5 premiers jours) : 1 au 1er, 3 au 2e, 5 au 3e, 2 au 4e, 6 au 5e jour.

Continuation de phénomènes infectieux : 11 : 3 au 6e, 1 au 7e, 3 au 8e, 2 au 9e, 1 au 12e, 1 au 20e jour.

Cachexie progressive : 9 : 1 au 8e, 2 au 10e, 2 au 15e, 1 au 20e, 1 au 25e, 1 au 30e et 1 au 60e jour, en général chez des vieillards incapables de cicatriser leurs plaies et épuisés de plus en plus par la déperdition biliaire.

Complications pulmonaires : 10 : 1 œdème aigu au 1er, 3 pneumonies au 5e, 7e, et 9e jour ; 4 broncho-pneumonies au 11e, 12e, 25e et 35e jour ; 1 gangrène après pneumonie au 30e jour ; 1 complication pleuro-pulmonaire au 75e jour.

Hémorragies : 13 : 9 *en nappe*, 4 au 1er et 1 au 5e, au 9e, au 10e, au 11e et au 12e jour ; 2 *artérielles* : 1 au 1er et 1 au 5e jour ; 2 *intestinales* : 1 au 1er et 1 au 10e jour.

Péritonites : 3 : 2 au 4e et 1 au 8e jour.

Occlusion post-opératoire : 3 : 1 du duodénum, par artère mésentérique au 2e jour ; 1 du duodénum par compresses au 3e jour ; 1 sténose pylorique au 20e jour.

Embolies : 2 : 1 au 19e et 1 au 27e jour.

Urémie : 1 au 10e jour.

V. — Influence de l'état infectieux ou cachectique et de l'ancienneté des troubles

L'état cachectique et surtout infectieux est incontestablement le facteur le plus important de gravité.

Tous les auteurs s'accordent à considérer la mortalité comme trois fois plus élevée chez les malades opérés en cet état. Nous partageons cette opinion mais nous ne pouvons établir une véritable statistique d'infectés moyens, grands infectés et cachectiques avec chiffres et pourcentage de mortalité, car, d'une part certains de ces éléments sont difficiles à fixer autrement que par impression (la résistance d'un individu se

mesure souvent plus d'un simple coup d'œil que par une courbe de poids ou de température), et, d'autre part, nous avons eu le regret de constater que pour la moitié environ de nos décès surtout les plus anciens (certains datant de 15 ou 20 ans) les renseignements de poids ont été négligés et les feuilles de température et de pouls égarées.

Plutôt que de vouloir établir de vains pourcentages sur ces chiffres insuffisants, nous croyons rester plus près de la vérité en donnant l'impression que nous croyons juste tout en nous excusant de ne pouvoir, comme ailleurs, étayer chaque affirmation par des chiffres.

L'ancienneté des lésions, remontant à dix, vingt et, parfois même trente ans, est très souvent notée. Nous n'avons pas cru nécessaire d'en faire grand état car ce n'est pas elle qui constitue, par elle-même, un facteur de gravité, celle-ci dépendant beaucoup plus de la *fréquence* et de l'*intensité des crises*.

L'amaigrissement plus ou moins prononcé n'a qu'une valeur relative également.

L'ictère permanent selon son ancienneté, les hémorragies faciles et tous les signes d'*Insuffisance hépatique* ou de cachexie ont une grande importance pour le pronostic.

Mais c'est particulièrement *l'état infectieux*, cholédocien et surtout *supracholédocien* qui fait la gravité de l'affection et de l'intervention ; lorsque l'infection est devenue intrahépatique, il n'y a plus que très peu d'espoir de guérison. On pourra s'en convaincre à la lecture de nos observations : pour la grande majorité des décès, nous avons retrouvé notées les impressions : grand infecté, moyen infecté, mais il est regrettable que la perte des anciennes feuilles de température nous empêche aujourd'hui de publier des chiffres précis.

Il est enfin un signe auquel nous attachons la plus grande importance, c'est la *fréquence du pouls*. Même au cours des accès thermiques, il doit rester à 70, 75. S'il dépasse 85, 90 dans les périodes d'apyrexie, il reste peu d'espoir : les insuccès deviennent la règle, les guérisons rares et péniblement acquises. Dans les ictères par rétention, d'origine cholédocienne, le pouls doit se maintenir entre 60 et 65 en dehors des accès

thermiques. S'il en est ainsi, le pronostic est favorable, et de toutes les recherches cliniques établies en vue de l'appréciation du pronostic, le signe du pouls nous paraît de beaucoup le meilleur. Là encore nous ne retrouvons pas assez de chiffres notés pour chercher à les grouper, mais c'est une impression que nous pouvons néanmoins donner en toute certitude.

VI. — Influence de l'affection causale sur les décès

Nous avons vu plus haut les différentes causes trouvées à l'intervention.

a) 147 *fois des calculs dans le cholédoque* (avec 49 décès = 33 %) : 67 fois dans le cholédoque seul ; 80 fois dans cholédoque et vésicule.

b) 43 *fois pas de calculs dans le cholédoque* (avec 20 décès = 45 %) : 22 fois calculs dans vésicule seule ; 21 fois pas de calcul du tout.

Or, il est intéressant de remarquer que lorsque la *symptomatologie cholédocienne a été provoquée par une cause autre que la lithiase du cholédoque, on a un pourcentage de décès nettement plus marqué* : 45 % *au lieu de* 33 %.

Voici en effet les pourcentages (pour plus de détails se reporter, à la fin de l'ouvrage, au chapitre des causes trouvées aux cholédocotomies).

Calculs dans choléd. et vésicule : 25 décès sur 80 opérés = 31 %.
Calculs dans cholédoque seul : 24 décès sur 67 opérés = 36 %.
Calculs dans vésicule seule : 10 décès sur 22 opérés = 45 %.
Pas de calculs nulle part : 10 décès sur 21 opérés = 45 %.

Si nous cherchons, comment varie la mortalité selon les *différentes causes trouvées en dehors des calculs du cholédoque*, nous avons :

a) Cancers des voies bilaires : 9 *décès rapides sur* 12 *opérés* = 75 %, *les* 3 *autres opérés étant morts un peu plus tard au*

cinquième, au neuvième mois et le dernier à une date que nous n'avons pu obtenir (n° 154).

Notons que sur 12 *cancers* des voies biliaires cholédocotomisés, *nous en trouvons* 3 *seulement sans calcul* avec 100 % de décès rapides et 9 avec calculs donnant seulement 66 % de décès rapides car les calculs ont dû contribuer à amener plus tôt les malades (7 fois calculs dans la vésicule, 2 fois dans le cholédoque). Le cancer siégeait 4 fois à la vésicule, et 8 fois sur la voie biliaire principale.

b) Pancréatite probable : 3 *décès sur* 8 *opérés*=37 %.

Dans ces pancréatites, sans calculs au cholédoque, nous avons trouvé 5 fois des calculs à la vésicule, 5 fois pas de calcul du tout, et chacune de ces catégories nous a donné des résultats bien différents :

Avec calculs de la vésicule : 1 décès rapide sur 5=20 %.

Sans calculs à la vésicule : 3 décès rapides sur 5=60 %.

c) Rétrécissement ou infiltration pariétale des voies biliaires (en dehors des calculs du cholédoque, des cancers des voies biliaires principales ou des pancréatites) : 5 *décès sur* 11 *opérés*=45 %.

d) Bile épaisse, boueuse ou purulente sans calculs : 5 *décès sur* 10 *opérés*=50 % :

Avec bile épaisse : 2 bons résultats=0 %.

Avec bile boueuse : 2 décès sur 4=50 %.

Avec bile purulente : 3 décès sur 4=75 %.

e) Cas ou les calculs n'ont pas été trouvés *mais ont du être, très probablement, éliminés peu avant* car on ne trouve rien autre : 2 *décès sur* 5 *opérés*=40 %.

f) Blessure *accidentelle du cholédoque au cours d'une cholécystectomie* par modification des rapports : 1 *cas avec décès.*

g) Douves dans le cholédoque : 1 *cas avec bon résultat.*

On voit donc que *selon l'affection causale la cholédocotomie donne des chiffres très différents de mortalité immédiate* : Can-

cers : 75 % ; rétrécissements : 45 % ; bile boueuse ou cliniquement infectée : 50 % (75 % pour bile purulente) ; pancréatite : 37 % ; calculs du cholédoque trouvés ou récemment éliminés, 31, 33 et 40 %.

La *rapidité de l'évolution fatale après dérivation biliaire chez les cancéreux* est un fait bien connu que notre statistique ne fait que confirmer :

Une cachexie accélérée entraîne avec une étonnante rapidité ceux qui avaient résisté aux premiers jours, puisque nous trouvons : 3 décès au 1er jour, l'un de shock, 1 autre d'hémorragie intestinale, le dernier d'hémorragie en nappe ; 2 décès au 2e jour, 1 de shock, l'autre d'occlusion par l'artère mésentérique ; 1 décès au 3e jour, de shock ; puis 1 décès de cachexie rapide au 5e jour, au 8e jour et au 15e jour ; 3 malades seulement continuant à évoluer pendant cinq et neuf mois.

Pour les biles cliniquement infectées, nous ne sommes pas étonnés de trouver une *mortalité un peu au-dessus de la normale*, atteignant 75 % pour les biles purulentes.

Quant aux rétrécissements ou infiltrations pariétales des voies biliaires sans calculs du cholédoque, peut-être pourrions-nous expliquer, en partie par la nature même des lésions, leur pourcentage assez élevé de 45 %. De telles lésions, ou congénitales ou conséquence de phénomènes inflammatoires prolongées, ont dû entretenir avant l'opération des *troubles beaucoup plus constants* que les calculs et *l'opération même les supprime moins facilement* que ceux-ci.

Ainsi nous verrons le n° 72 mourir à la fin du deuxième mois et le n° 55 au bout d'un an par récidive et aggravation des troubles antérieurs. Mais pour être exacts, nous devons signaler que des causes indépendantes du rétrécissement ont aggravé fortuitement ce pourcentage : 2 décès rapides (1er et 8e jours) chez des malades ayant en plus un cancer de la vésicule (nos 91 et 39) ; 1 décès au premier jour par hémorragie en nappe dans le clivage d'une énorme poche cholédocienne (n° 77) ; enfin 1 décès par compression du duodenum par des compresses (n° 36).

Pour les pancréatites, leur pourcentage 37 % de décès immé-

diats, est, nous l'avons vu sensiblement identique à celui des cas avec calculs, qui varie de 31 à 36 %.

En conclusion, il ne reste donc que les biles cliniquement infectées et les cancers dont le pourcentage de décès rapides soit indiscutablement plus chargé, 50 *et* 75 % ; 50 % *pour les biles boueuses,* 75 % *pour les biles purulentes et les cancers.*

VII. — **Influence de l'âge sur les décès**

Nos cholédocotomies ont été pratiquées *de* 22 à 73 *ans*, et nous ont donné comme résultats :

De 20 à 29 ans : 6 opérés avec 1 décès = 17 %
De 30 à 39 ans : 28 opérés avec 12 décès = 42 %
De 40 à 49 ans : 40 opérés avec 11 décès = 27 %
De 50 à 59 ans : 54 opérés avec 17 décès = 31 %
De 60 à 69 ans : 28 opérés avec 14 décès = 50 %
De 70 à 73 ans : 6 opérés avec 5 décès = 85 %

Cette statistique n'est pas parfaite, car n'ayant pas pu retrouver l'âge exact de tous les opérés, nous n'avons retenu que les âges certains et au lieu de porter sur 191 opérés avec 69 décès, elle ne porte que sur 162 opérés avec 60 décès.

Elle permet cependant de constater :

1° Fréquence de l'opération :

Relativement *rare avant* 30 *ans* (1 cas de 22, 1 cas de 23, 1 cas de 24 ans) la cholédocotomie devient *de plus en plus fréquente* (entre 2 et 6 cas par an) *jusqu'à* 54 *ans* où elle atteint son maximum (10 cas). Assez fréquente encore à 60 ans (8 cas), sa courbe baisse alors assez brusquement pour remonter (de 2 cas) vers 69 ans et (de 5 cas) vers 70 ans ; enfin une opération à 73 *ans.*

2° Fréquence des décès selon l'age :

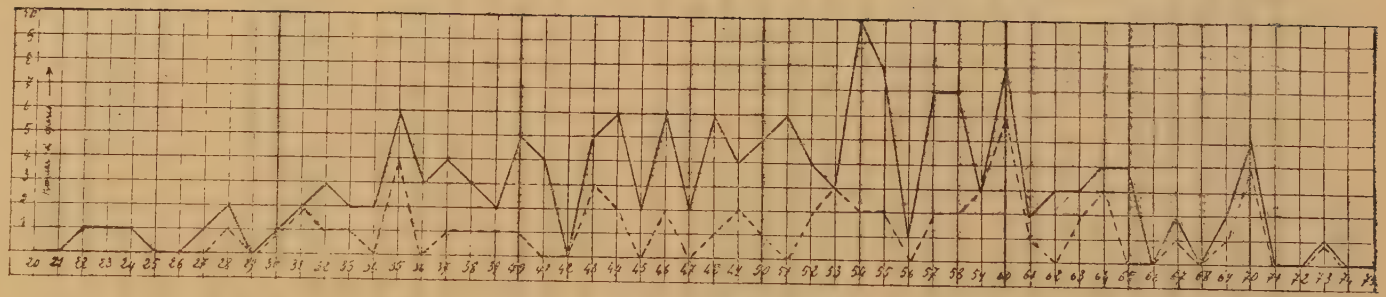
L'influence de l'âge paraît incontestable et devient assez importante après 60 *et surtout* 70 *ans.*

a) Le *pourcentage de* 30 *à* 39 *ans* (42 %) *est relativement élevé* sans que nous trouvions d'explications bien satisfaisantes. Nous avons voulu néanmoins grouper toutes les causes de décès à cet âge pour voir s'il en ressort quelque indication. Nous avons trouvé : 5 hémorragies en nappe (nos 10, 34, 77, 170, 180) après des opérations laborieuses par adhérences, 1 hémorragie intestinale (no 28) après ablation d'un cancer de l'ampoule de Vater; 2 hémorragies accidentelles artérielles (nos 49 et 173) par anomalies de rapport ; 1 péritonite (no 33) après blessure artérielle et duodénale du fait des adhérences, enfin 1 broncho-pneumonie (no 52) et 2 shocks (nos 11 et 130). On ne peut pas n'être pas frappé de voir 8 décès sur 12 venir d'hémorragie, réalisant *presque en cette courte période, la totalité de nos hémorragies* : 5 sur 9 de nos hémorragies en nappe et nos 2 seules hémorragies artérielles accidentelles. Faut-il voir là plus qu'une coïncidence ou bien faut-il admettre une *tendance plus grande à l'hémorragie* chez les femmes opérées à cet âge ou encore une difficulté plus grande à cliver les *adhérences particulièrement tenaces* que nous trouvons dans presque toutes ces observations.

Nous citons ces chiffres sans vouloir rien conclure ; peut-être s'agit-il d'une simple coïncidence de statistique mais, *peut-être*, se trouve-t-il, quelques années après les premiers accidents aigus des voies biliaires, une *période un peu ingrate*, par la ténacité des adhérences ou la tendance aux hémorragies. Comme il s'agit surtout de femmes, peut-être pourrait-on se demander si les fonctions menstruelles ne les prédisposeraient pas à l'hémophylie.

Pour les difficultés opératoires par adhérences, elles sont signalées dans plusieurs de ces opérations, mais d'une façon générale, nous n'avions pas gardé l'impression de difficultés particulières à cette époque.

b) Mis à part le pourcentage de cette période que nous n'expliquons pas, on voit que *le pourcentage de mortalité augmente nettement avec les années* : 17 %, 42 %, 27 %, 31 %, 50 %, 85 % (Voir le schema suivant).



L'âge dans les Cholédocotomies

Ce tableau montre :

a) *La fréquence selon l'âge des opérations pratiquées,* de 22 à 73 ans (plus grande fréquence de 40 à 60 ans) (en trait plein — le nombre total des opérés).

b) *L'influence de l'âge sur les décès* (en traits hachurés — — — le nombre de décès).

On voit que les 2 lignes tendent à se rejoindre lorsqu'on arrive à un âge avancé.

Mais c'est surtout à *dater de* 60 *et* 70 *ans* que la différence devient sensible : 50 % après 60 ans, 85 % à dater de 70 ans.

Ces *résultats assez médiocres d'un âge avancé* tiennent évidemment à l'état de *moindre résistance*, et du fait de l'*âge* et du fait de l'ancienneté de l'affection ; mais ils tiennent également au fait qu'à cet âge, surtout vers 70 ans, l'on n'intervient plus que si l'on a un peu la main forcée, donc en des cas nettement graves avant l'intervention, pour tenter une véritable opération de sauvetage.

Les décès surviennent généralement à cet âge par défaut de résistance au choc opératoire, par complications pulmonaires, mais surtout parce que de tels malades ne peuvent fournir l'effort organique nécessaire à combler la brèche opératoire et arrêter ainsi la déperdition biliaire.

c) Ces *résultats après* 60 *ans* étantles plus intéressants pour les indications opératoires, étudions les plus en détail. Notons cependant que le petit nombre des cas envisagés fausse facilement la statistique, puisque nous verrons la mortalité passer de 60 à 25 % puis 85 %.

60 *ans* :	8 opérés	6 décès	*De* 60 *à* 64 *ans* = 60 % 12 *décès sur* 20 *opérés*
61 ans :	2 —	1 —	
62 ans :	3 —	0 —	
63 ans :	3 —	2 —	
64 ans :	4 —	3 —	
65 *ans* :	4 opérés	0 décès	*De* 65 *à* 69 *ans* = 25 % 2 décès sur 8 opérés.
66 ans :	0 —	0 —	
67 ans :	2 —	1 —	
68 ans :	0 —	0 —	
69 ans :	2 —	1 —	
70 *ans* :	5 opérés	4 décès	*A dater de* 70 *ans* = 85 % 5 décès sur 6 opérés.
73 *ans* :	1 —	1 —	

Si la période de 60 à 64 ans a donné d'assez médiocres résultats, il s'est trouvé, on le voit, une *période particulièrement favorable de* 65 *à* 69 *ans qui montre bien qu'on ne doit pas à cet âge renoncer à intervenir*, la moyenne de guérison entre 60 et 70 ans restant assez bonne au total avec 50 %.

d) A dater de 70 ans faut-il encore opérer ?

La mortalité est évidemment très forte.

Sur 6 opérés, 5 sont morts dans le premier mois, le sixième a survécu 8 ans avec une amélioration considérable.

Voici les observations très résumées :

N° 83. — Homme de 70 ans ; état grave, calcul unique, décès au *sixième jour* par collapsus progressif des gens âgés.

N° 67. — Homme de 70 ans, état infectieux grave ; 1 calcul, décès au *huitième jour* par persistance de l'état infectieux.

N° 71. — Homme de 70 ans, gros calcul enclavé dans le pancréas, décès au *huitième jour* par persistance de l'état infectieux.

N° 100. — Femme de 70 ans, 2 calculs dont 1 gros ; décès au bout d'un mois par cachexie progressive, avec énormes escarres fessières et trochantériennes. La malade n'a pu faire les frais de la réparation opératoire.

N° 187. — Homme de 73 ans, calcul en brique pilée, foie dur et haut, non luxable, vésicule vide laissée. Etat précaire, bile abondante. Le malade qui ne peut combler sa plaie sous-hépatique s'affaiblit lentement et finit par succomber au *vingtième jour.*

N° 57. — Homme de 70 ans, passé lithiasique de 40 ans, état particulièrement grave ; 2 gros calculs en bouchons, vésicule ratatinée, laissée ; fistule de deux mois. *Amélioration considérable*, état général remonté, repris 3 kilos sur 8 perdus.

La guérison n'est cependant pas parfaite, il se produit encore tous les deux ou trois mois des crises cholédociennes, mais beaucoup moins violentes, avec, cependant, douleurs, ictère et température. Le malade meurt huit ans plus tard (78 ans) au cours d'une dernière crise cholédocienne, peut-être accidents néoplasiques.

Toutes ces interventions ont été faites le plus rapidement possible, sans toucher à la vésicule, signalons egalement que 4 fois sur 5 elles ont été pratiquées chez des hommes pour lesquels l'opération semble plus grave quel que soit l'âge.

Sur les 5 décès, on note que :

3 sont morts dans les huit premiers jours par collapsus progressif ou persistance de l'état infectieux.

2 sont morts au vingtième et trentième jour, et ce sont les cas les plus intéressants, car, ainsi que nous l'avons observé chez d'autres personnes âgées, ils ont bien donné l'impression de mourir avec une fistule épuisante, *dans un affaiblissement*

progressif faute de pouvoir combler leur plaie et faire les frais de la réparation opératoire.

Leur exemple n'encouragerait donc guère à opérer des gens aussi âgés, dont l'organisme est, sauf rares exceptions, incapable de réagir assez pour obtenir la guérison.

Et cependant, la dernière observation autorise bien à intervenir puisque, si l'opération forcément rapide, n'a pas donné une guérison absolument parfaite, elle a au moins sauvé un homme de 70 ans qui était mourant, et lui a donné avec une amélioration considérable, une survie de 8 ans.

Ce résultat que nous classerons parmi les mauvais résultats, dans nos résultats éloignés, pour les nécessités de la statistique, puisqu'il y a eu récidive, puis décès tardif, nous semble cependant fort satisfaisant si l'on tient compte de l'âge du malade opéré à 70 et mort à 78 ans.

e) *Il nous semble donc, en définitive, impossible d'établir une limite d'opérabilité basée uniquement sur l'âge, mais l'opération devient on le voit de plus en plus grave ; passé 70 ans* elle ne laisse que bien peu de chances, mais on peut la tenter cependant, si l'organisme du sujet semble encore capable de réagir pour surmonter le choc et cicatriser les plaies.

VIII. — **Influence du sexe sur les décès**

Dans nos 190 cholédocotomies, nous avons :

Hommes : 44 opérés avec 22 décès ;

Femmes : 146 opérées avec 47 décès.

Nous avons donc *opéré plus de 3 fois plus de femmes que d'hommes* : 23,5 % d'hommes pour 76,5 % de femmes.

Et la *mortalité a été nettement plus lourde chez les hommes* puisque nous avons perdu :

Hommes : 22 sur 44=50 %, soit 1 homme sur 2 ;

Femmes : 47 sur 146=32 %, soit 1 femme sur 3 environ.

Comment expliquer cette différence de mortalité :

Plusieurs raisons, nous semble-t-il, peuvent être données :

a) L'*état général* des hommes est souvent plus mauvais

que chez les femmes, parce qu'ils *attendent plus* encore la dernière limite pour se décider à l'intervention et surtout parce que leur foie est plus déficient du fait de l'*alcoolisme* ;

b) Les *difficultés opératoires* sont beaucoup plus fréquentes, leur *foie est bien souvent petit*, *impossible à luxer* avec un *thorax rigide* et un *abdomen beaucoup moins souple* que chez la femme ; les manœuvres deviennent pénibles, moins précises. Et après l'intervention, lorsqu'ils ont beaucoup maigri, ce *thorax rigide maintient la paroi soulevée*, tendue, et il persiste en dessous un grand *vide mal cloisonné* par les compresses, qui exposera aux complications post-opératoires.

IX. — **Influence de l'opération complémentaire sur le décès**

L'osto ou l'ectomie complémentaires augmentent-elles la gravité de l'opération ?

La statistique globale de nos cholédocotomies donne :

Docotomies simples, 20 décès sur 44 opérés : 46 %.

Avec ostomies, 20 décès sur 53 opérés : 38 %.

Avec ectomies, 29 décès sur 93 opérés : 31 %.

Le résultat de cette statistique est paradoxal et doit être interprété ; il nous prouve seulement qu'on *réserve la cholédocotomie simple aux cas les plus graves*, où il faut faire le minimum et aller vite pour tenter un sauvetage, alors qu'on ne touche à la vésicule que pour des malades moins atteints ou des lésions moins difficiles. Ces résultats de statistique globale sont donc sans grand intérêt, n'ayant pas trait aux mêmes malades.

Si, d'autre part, on examine les différentes causes de décès il est *difficile de dire quelle part peut revenir à l'ablation de la vésicule dans la gravité des troubles, cachectiques ou infectieux persistants.*

Mais *il est 3 causes de décès ou nous pouvons cependant tenter de relever l'effet de l'ectomie complémentaire.*

a) *Dans les shocks opératoires*, décès dans les cinq jours de gens déjà très affaiblis ou infectés, nous relevons :

Doco simple : 3 shocks sur 44 opérés = 7,5 %.

Doco avec osto : 4 shocks sur 53 opérés = 8 %.

Doco avec ecto : 8 shocks sur 93 opérés = 8,5 %.

Comme la docotomie avec ecto complémentaire a dû être réservée à des gens de meilleure apparence, elle semble donc un *peu plus grave pour le shock immédiat.*

b) *Dans les hémorragies*, l'ablation ou les tentatives de décollement de la vésicule semblent assez nettement avoir occasionné *les hémorragies en nappe des* 3 *observations* 62, 113, et 181.

c) *Enfin il est vraiment curieux de constater que, dans les complications pulmonaires,* 7 *sur* 10 *sont survenues après ectomie complémentaire, chez des gens déjà infectés ou après opération laborieuse par adhérences* (les 3 autres complications se produisant de même après clivage pénible d'adhérences chez des infectés, 2 fois après ostomie complémentaire, 1 fois après doco simple).

L'ablation d'une vésicule très adhérente, chez des individus déjà infectés, semble donc nettement exposer aux complications pulmonaires, mais dans une proportion qui n'est malgré tout pas considérable, étant donné que ces complications ne sont survenues que sur 7 des nombreux infectés que nous avions sur les 93 opérés avec ectomie complémentaires.

Comment devons-nous interpreter la concordance marquée des troubles pulmonaires avec les opérations où il a fallu cliver beaucoup en zones infectées, soit vésicule, soit adhérences ? Est-ce *simple prolongation d'anesthésie* pour une opération plus laborieuse, ou est-ce *ouvertures plus nombreuses de portes d'entrées septiques.* Les 2 causes doivent intervenir, en proportion variable selon les cas, et nous devons nous en souvenir en opérant les malades particulièrement infectés.

d) *Mais, en conclusion, nous ne pensons pas que les quelques risques* (shock, hémorragie, complications pulmonaires) que peuvent faire courir les *opérations complémentaires* et particulièrement la cholécystectomie *doivent nous y faire renoncer*,

lorsqu'il ne paraît pas imprudent de les pratiquer, car les résultats éloignés nous semblent, on le verra, un peu meilleurs.

X. — **Décès imputables à l'intervention**

Si après avoir étudié l'influence de tous les facteurs précédents, nous recherchons en quels cas l'opération ou quelque accident opératoire peuvent sembler plus ou moins responsables du décès nous voyons :

1° *Un groupe de* 37 *décès par simple continuation des phénomènes cachectiques ou infectieux* : decès immédiats de malades qui ne peuvent se remettre d'une intervention laborieuse ou décès plus tardifs par continuation des troubles après une opération peut-être incomplète parce que trop rapide en raison de l'état général ; en ces cas désespérés, le chirugien dans une triste alternative, fait pour le mieux, sans espérer la perfection.

D'ailleurs, même opérés parfaitement, comme le montrent les autopsies que nous avons pu faire, la plupart des malades ne se remettent pas, uniquement parce qu'il était trop tard, parce qu'ils ne peuvent plus réagir, lutter contre l'infection ou cicatriser leurs plaies et arrêter le déperdition biliaire.

2° *Un groupe de* 32 *décès ou une complication s'est manifestée* après l'opération, presque toujours chez des malades déjà gravement cachectiques ou infectés:

a) *Aux hémorragies*, nous notons 2 *cas de blessure accidentelle* de l'artère hépatique par modification des rapports du fait de nombreux calculs ayant considérablement déformé le cystique ou dilaté le cholédoque. Hémostase imparfaite et décès au premier et cinquième jour.

Nous relevons *une hémorragie intra-intestinale* avec décès au premier jour, après ablation intra-duodénale d'un cancer de l'ampoule de Water.

Enfin 3 *hémorragies en nappe* se sont produites chez des insuffisants hépatiques, chez lesquels on avait pratiqué ou

tenté de pratiquer une *cholécystectomie complémentaire* qu'il eut peut-être mieux valu éviter.

b) *Aux complications pulmonaires* nous trouvons 10 *décès.* Nous avons vu que 7 *fois la cholécystectomie complémentaire* avait été pratiquée et que dans les 10 cas il s'agissait d'infectés graves ayant eu à subir, du fait des *adhérences* une opération laborieuse. Il est incontestable que l'anesthésie à l'éther, un peu longue, a provoqué cette complication, mais il faut également, nous semble-t-il, en conclure que *chez les infectés graves, il est prudent de ne pas trop multiplier les portes d'entrées à l'infection en évitant de cliver les adhérences tenaces ou les vésicules très adhérentes* qu'il ne sera pas indispensable d'enlever.

c) *Aux péritonites, nous ne notons que* 3 *cas,* dont 2 *survenus après hémorragies,* en nappe ou artérielle, provoquées par adhérences, chez des cirrhotiques avancés ; l'un, n° 33 avait eu également une blessure du duodénum du fait des adhérences et mourut au quatrième jour, l'autre n° 135, était tuberculeux, fit en plus un début de broncho-pneumonie et mourut au huitième jour. Dans ces 2 cas, la péritonite fut incontestablement provoquée par l'hémorragie qui rompit les barrières péritonéales établies par les compresses, et qui nécessita en outre le bouleversement de la zone sous-hépatique protégée pour rechercher le vaisseau. De plus, pour ces 2 cas, la péritonite d'ailleurs peu étendue fut moins la cause de la mort qu'un épisode terminal chez des malades particulièrement affaiblis et tarés. Il ne reste donc qu'un *seul cas plus regrettable* (n° 29) de péritonite, chez un homme extrêmement amaigri mais encore relativement robuste, bien qu'il vomisse tous les jours depuis deux mois, adhérences cystico-duodénales. Il n'avait pas de température à l'entrée, mais avait eu des crises fréquentes avec frissons puis chaleur. A l'autopsie, on trouva du liquide purulent dans le péritoine et le petit bassin, et dans les canaux intra-hépatiques, signe d'une infection profonde et prolongée, on retrouva quelques calculs friables, analogues à ceux qui avaient été extraits du choledoque. Il nous faut probablement expliquer ce cas de péritonite par protection incom-

plète et *écoulement de bile septique.* Nous ferons remarquer que s'il en est ainsi, c'est *le seul cas* que nous ayons à signaler, malgré la septicité considérable de certaines biles. En dehors d'une protection méthodique aux compresses, nous croyons pouvoir attribuer cet heureux résultat à l'*aspiration* immédiate et répétée de la bile que nous pratiquons toujours au moyen de l'aspirateur électrique que nous avons déjà présenté.

d) *Enfin aux occlusions post-opératoires*, nous relevons un décès par *compression du duodénum par les compresses* entourant le drain qu'il avait fallu mettre, un peu grosses, après une opération laborieuse par adhérences, les vomissements ayant persisté après qu'on eut retiré un peu les mèches, pas de péritonite à l'autopsie.

3° *On voit que de ces 69 décès, bien peu nous semblent*, en toute justice, *imputables à l'opération* ou à des accidents opératoires:

Nous ne relevons que 2 *hémorragies artérielles* par blessure accidentelle de vaisseaux, 3 *péritonites* (dont 1 seule vraiment typique) et 1 *occlusion* par compresses. Et dans tous ces cas, nous avons indiqué quelles lésions avaient provoqué sinon expliqué complètement les accidents.

Pour la *cholécystectomie complémentaire* qu'on eut pu éviter, en certains cas, peut-être pouvons-nous la considérer comme *partiellement responsable de 3 hémorragies en nappe* et plus problématiquement encore *de 10 complications pulmonaires* et *de 8 shocks* opératoires.

Si bien qu'en définitive nous voyons l'acte opératoire n'être responsable du décès qu'en 4 cas seulement sur 190 opéres, soit en 2 % des cas, sa responsabilité étant assez discutable dans les 24 autres cas qui viennent d'être cités.

Et voilà, croyons-nous, toute la part qui semble revenir à l'intervention même, dans une série pourtant impressionnante de décès:

XI. — Conclusions

Que devons-nous conclure de tout ceci ?

Pour les lésions non lithiasiques et en particulier pour les cancers, la mortalité immédiate est considérable et elle grève lourdement les résultats qu'on vient de lire. La gravité de l'opération rendra donc réservé dans les indications.

Pour les cancers, comme il est le plus souvent impossible de savoir avant l'intervention s'il s'agit de cancer des voies biliaires ou de lithiase, on ne refusera pas aux malades les chances d'une laparotomie exploratrice. Mais si, avant d'ouvrir les voies biliaires on peut acquérir la certitude du caractère néoplasique des lésions, en raison de l'extrême gravité de l'acte opératoire le plus minime et de la rapide dénutrition par déperdition biliaire massive, après les dérivations externes, il faudra savoir s'abstenir, à part les cas heureux où la possibilité d'une cholécysto-gastrostomie permettra une amélioration temporaire.

Pour les lésions calculeuses, nous devons surtout chercher à opérer tôt.

Nous devons évidemment chercher encore des *perfectionnements de technique*, et sur les organismes trop debilités *savoir nous limiter à la stricte opération d'urgence* ; mais ce n'est pas ici, on l'a vu, qu'il y a beaucoup à gagner puisque la technique a fait ses preuves sur des opérés plus normaux et puisque c'est dans nos cholédocotomies simples, donc les plus rapides, que nous avons le plus de décès.

Ce qu'il faut changer ; c'est l'opéré. Tout notre effort doit porter à *convaincre malades et médecins qu'il faut opérer tôt*, sans attendre un âge plus avancé, la cachexie, l'infection des crises graves et répétées, les troubles intra-hépatiques, les lésions inflammatoires tenaces ou les dégénérescences néoplasiques. *Age, cachexie, infection, chacun de ces facteurs*, on l'a vu, *apporte un élément de gravité; attendre que les* 3 *soient réunis*, et à un degré avance, *c'est vouloir cumuler les risques* ;

des malades aussi fragiles seront à la merci du moindre choc anesthésique ou opératoire, de la moindre complication pulmonaire ou hémorragique, souvent inévitable du fait de leur état : ils sont venus trop tard.

Ils viennent tard parce qu'ils ont espéré une migration des calculs. Or, nous l'avons exposé dans notre rapport aux Congrès de Chirurgie de 1919 et nous l'exposons plus longuement encore à la fin de cet ouvrage, il est *vain de compter sur de telles migrations*. De façon exceptionnelle, il s'en produit incontestablement, mais dans l'immense majorité des cas, le long passé clinique et l'examen anatomo-pathologique attentif des calculs et des canaux biliaires, tout nous prouve que *la lithiase du cholédoque entre rapidement dans un cercle vicieux*, lithiase entretenant l'infection, infection augmentant la lithiase, calcul augmentant de volume et irritant un conduit déjà trop étroit qui se rétrécit encore. Il y a là des lois de mécanique et de pathologie contre lesquelles toutes les thérapeutiques thermales ou médicales semblent bien devoir rester toujours impuissantes.

Or, tandis que chaque jour le calcul devient plus difficile à expulser, *l'état général s'altère et décline.*

Nous concluons donc formellement :

a) *Il serait vain de compter sur une migration qui ne peut être qu'exceptionnelle et qui devient chaque jour plus difficile*;

b) *Il y a d'autre part, danger vital à attendre, et chaque jour l'opération devient plus grave.* Tout calcul du cholédoque menace la cellule hépatique, à l'encontre du calcul de la vésicule qui ne menace que la vésicule.

Plus on opère tôt, moins on a de risques.

c) *Tout calcul du cholédoque, nettement diagnostiqué, devra donc être opéré sans notable délai.*

CHAPITRE II

Résultats éloignés des cholédocotomies

103 observations suivies de 1 à 21 ans

En défalquant de nos 190 opérés les 69 décès rapides, il nous restait donc à rechercher les résultats éloignés de 121 malades. Sur ces 121 opérés, *il n'en est que* 18 *que nous n'ayons pu suivre* pendant un an au moins. De ces 18 résultats insuffisants nous n'avons pas voulu tenir compte dans nos résultats éloignés. Notre statistique comprendra donc les 103 *cas que nous avons pu suivre* pendant un temps qui varie de *un à vingt et un ans* (dans ces 103 observations nous comprenons également les rares cas d'opérés qui, décédés avant la fin de la première année, ont pu être suivis jusqu'à leur mort).

Ces 103 malades que nous avons pu suivre, ont tous été améliorés, au moins temporairement, par l'opération. Quelques-uns ont récidivé par la suite, avec des troubles notables, mais ils sont rares, nous n'en comptons que 17 cas. Dans l'immense majorité des cas (86 cas) les résultats ont été excellents, absolument parfaits d'emblée dans 37 cas, très bons bien qu'accompagnés de troubles minimes et souvent transitoires dans 49 cas.

Pour la clarté de la statistique, nous divisons donc nos résultats éloignés en :

Résultats absolument parfaits d'emblée : 37 cas.

Bons résultats avec persistance de petits troubles : 49 cas.

Améliorations partielles ou temporaires avec persistance ou récidive de troubles graves : 17 cas.

D'autres statistiques pourront paraître meilleures ; aux pages suivantes, on pourra constater que la minutie de nos recherches et le besoin de *grouper les troubles de même nature même en leurs cas insignifiants*, nous ont rendu plutôt sévères dans nos classifications.

§ 1er. — RÉSULTATS PARFAITS D'EMBLÉE

37 cas = 19 %

Il est communément admis, que, sauf rares exceptions, *un opéré du cholédoque, qui a franchi la période critique des premiers jours, fait une véritable résurrection*, reprend un poids souvent considérable et une santé absolument parfaite. *Pratiquement*, cette opinion est très exacte, *presque tous les opérés sont « guéris »* et à s'en tenir à une impression générale nous aurions pu faire rentrer ici la très grande majorité de nos malades. Mais cette étude ayant pour but de *dépister et de grouper les troubles* qu'on peut constater après cholédocotomie, même *les plus légers et les plus transitoires*, nous avons *renvoyé* tous ceux-ci, même les plus insignifiants, *dans le chapitre suivant* et n'avons gardé ici, aux résultats parfaits, que les guérisons où il a été véritablement impossible de relever le moindre trouble.

Ainsi réduit ce groupe comprend donc : 37 *cas sur* 190 *opérés soit* 19 %.

Par définition, ce sont des malades chez lesquels nous n'avons *rien à signaler*, en dehors de la disparition complète de tous troubles hépatiques ou digestifs connexes, d'une reprise rapide d'un état général parfait. Ce chapitre sera donc fort court et nous ne voyons aucun intérêt à relever toutes les observations analogues en leurs résultats. Si nous avions pu nous étendre plus, nous aurions plutôt relevé leurs antécédents qui se trouvaient fréquemment assez graves.

Nous n'avons guère à mentionner que la *reprise de poids*, en voici le tableau :

3 malades n'ont pas répondu aux questions de poids ;

8 ont repris, sans préciser les chiffres, 7 leur poids, 1 beaucoup plus que son poids.

Les 26 autres précisent combien ils ont perdu puis repris. En mettant les kilos repris avant les kilos perdus, nous avons : 4 /4, 5 /5, 6 /5, 6 /8, 7 /5, 7 /6, 8 /6, 8 /10, 9 /7, 9 /15, 10 /5, 10 /10, 12 /12, 12 /15, 15 /10, 15 /12, 16 /6, 17 /12, 17 /15, 18 /18, 20 /20, 20 /20, 25 /20, 30 /30, 31 /20, 40 /40, la plupart des *malades reprenant plus que le poids perdu*, et *certains reprenant jusqu'à* 15, 20, 25, 30 *et même* 40 *kilos*.

Tous ces opérés se trouvent encore à *l'heure actuelle en excellente santé, sauf* 4 *décédés* :

N° 35. — Cancer de l'estomac, évolué en six mois à la onzième année.
N° 18. — Urémie, avec évolution en quatre mois à la treizième année.
N° 5. — Cancer du col et embolie après quatorze ans.
N° 2. — Congestion pulmonaire après quatorze ans.

Signalons d'autre part que ces *résultats sont en général à assez longue échéance* puisque 2 cas seulement n'ont qu'un an, les autres étant : 8 de 2 ans, 7 de 3, 4 de 4, 2 de 5, 2 de 6,1 de 7, 3 de 8, 1 de 10, 1 de 12, 2 de 13, 2 de 14, 1 de 17, et enfin 1 de 20 ans.

Ces résultats parfaits ont été *obtenus à peu près également avec les diverses interventions* :

Cholédocotomie simple : 6 cas sur 44 opérés = 14 % ;
Avec ostomie complémentaire : 11 cas sur 53 opérés = 20 % ;
Avec ectomie complémentaire : 20 cas sur 93 opérés = 21 %.

La *cholédocotomie simple donne donc seule un pourcentage un peu inférieur de résultats parfaits.*

Pour la cholécystostomie ou ectomie complémentaires, leurs résultats parfaits ne sont pas plus nombreux dans un cas que dans l'autre, car nous verrons aux petits troubles que chacune d'elle laisse, un *nombre à peu près égal de troubles légers*, en général douleurs légères et petits troubles digestifs après ectomies, crises plus ou moins atténuées après ostomies.

Enfin, si nous recherchons *avec quelles lésions ont été obtenus ces résultats*, nous trouvons :

a) *Calculs dans cholédoque et vésicule à la fois* : observations nos 2, 6, 47, 54, 73, 74, 75, 78, 82, 96, 119, 124, 142, 146, 155, 161, 164 et 168, soit 18 cas parfaits sur 79 opérés en conditions identiques = 23% de résultats parfaits.

b) *Calculs dans cholédoque seul* : nos 5, 18, 35, 80, 106, 137, 148, 153, 179, et 191, soit 10 cas parfaits sur 69 opérés en conditions identiques = 15 % de résultats parfaits.

c) *Calculs dans vésicule seule* : les symptômes cholédociens se trouvant à l'opération expliqués 1 fois par de la boue dans le cholédoque (no 166) et 4 fois par une induration du pancréas (nos 101, 102, 132 et 171) qui devait être entretenue par la migration des calculs vésiculaires et qui a donc dû disparaître complètement, après ablation de ces calculs, puisqu'aucun trouble n'a plus été signalé depuis. Ces 5 cas parfaits, sur 22 opérés en conditions identiques, nous donnent donc le pourcentage intéressant ici de 22 % de résultats parfaits.

d) *Enfin, pas de calculs du tout* ni à cholédoque, ni à vésicule, l'intervention ayant revélé : no 21, bile sirupeuse infectée ; no 163, lithiase évacuée récemment ; no 109, rétrécissement du confluent par lithiase ancienne, probable, dilatation à la pince ; no 144, symphyse et sténose des voies biliaires épaissies ; ces 4 cas parfaits, sur 21 opérés en conditions identiques, donnant le pourcentage de 18 % de résultats parfaits.

Un pourcentage aussi élevé de résultats parfaits en dehors de toute lithiase pourra paraître étonnant, et plus particulièrement la guérison parfaite du no 144. Il semble qu'ici les troubles étaient provoqués surtout par les adhérences qui enserraient les canaux et maintenaient nettement la vésicule en position vicieuse, troubles qui n'ont en tout cas pas du tout récidivé, après libération de ces adhérences et ablation de la vésicule.

§ 2. — BONS RÉSULTATS AVEC PERSISTANCE DE PETITS TROUBLES

49 cas = 26 %

Nous arrivons donc au chapitre, peut-être le plus intéressant, des petits troubles, car certains d'entre eux ne nous semblent avoir été d'ordinaire qu'imparfaitement recherchés ou retenus lorsqu'ils sont minimes ou transitoires.

Les 49 *cas* que nous avons classés parmi les petits troubles nous donnent *sur* 190 *opérés* un *pourcentage de* 26 % et *se répartissent ainsi* :

a) *Fistule un peu prolongée* : 8 cas = 4 % ;

b) *Eventration ou hernie* plus ou moins marquée : 10 cas = 5 %;

c) *Complication pulmonaire* persistante : 1 cas = 0, 5 % ;

d) *Persistance ou récidive de phénomènes douloureux* : 32 cas = 17 % ;

Récidive de crises plus ou moins atténuées : 19 cas = 10 % ;

Persistance plus ou moins prolongée de douleurs légères périhépatiques : 13 cas = 7 %;

e) *Troubles digestifs plus ou moins marqués* : 27 cas = 14 %.

Le total dépasse, on le voit, 49, car un certain nombre de malades entrent à la fois dans plusieurs catégories de troubles.

Avant d'étudier plus en détail chacune de ces catégories, signalons le *temps pendant lequel ont été suivies ces observations* : 7 de 1 an, 5 de 2, 6 de 3, 4 de 4, 4 de 5, 10 de 6, 1 de 7, 1 de 8, 1 de 9, 1 de 10, 2 de 11, 1 de 12, 1 de 13, 1 de 15, 3 de 16, 1 de 17, et enfin 1 de 21 ans.

Signalons également l'*ensemble des poids repris en les placant avant les kilos perdus* : 2 fois 4/4, 5/5 ; 3 fois 5/10, 6/6, 8/8, 4 fois 10/10, 10/12, 10/15, 12/10, 12/12, 12/30, 13/5, 13/13, 14/14,

14/19,1 5/8, 2 fois 15/15, 16/x, 16/20, 18/20, 20/10, 4 fois 20/20, 2 fois 25/20, 26/17, 30/22, 34/30 et 40/40.

Nous voyons que 37 *opérés nous signalent avec précision avoir repris du poids*, 25 *leurs poids normal*, 8 *plus et* 4 *seulement moins* que leur poids normal, les chiffres de reprises oscillant *généralement entre* 10 *et* 20 *kilos*, et *parfois jusqu'à* 25, 30, 35 *et même* 40 *kilos.*

D'autre part, sans préciser de chiffres, 5 *opérés disent avoir repris de façon notable*, l'un en particulier prétend avoir maigri de moitié de son poids avant et avoir tout repris après l'opération.

Enlevons 3 *opérés qui n'ont pas répondu à la question du poids* et, *sur* 49 *malades classés aux petits troubles, il ne nous reste que* 4 *malades qui n'ont pas repris notablement du poids* :

3 qui avaient maigri de 7 à 10 kilos, et n'ont pas repris ;

1 qui n'avait pas maigri avant et maigrit un peu depuis.

Nous avons tenu à exposer ce *tableau des poids dès le début*, pour bien faire *apprécier dès maintenant la qualité des troubles* que nous allons aborder, *intéressants à analyser, mais pour la plupart trop passagers ou trop légers pour influer réellement sur l'état général.*

I. — Fistule plus ou moins prolongée

8 cas = 4 %

Nous ne considérons pas comme anormale une fistule qui dure jusqu'à deux ou trois mois. Si cette durée est dépassée il existe un obstacle, calcul ou oblitération, gênant le rétablissement du transit biliaire normal, soit à la voie principale, soit à la vésicule si elle n'a pas été enlevée :

Voici les 8 *observations* :

N° 9. — Fistule de six mois, biliaire, puis quelques accès à 38 dans la première année et petite éventration. Puis excellents résultats de onze ans et décès de pneumonie.

Doco : plusieurs calculs + *osto.* Opérée en crise aiguë, chez malade infectée et débilitée.

N° 38. — Fistule de un an, biliaire, bien que la température soit

tombée et les matières recolorées dès les premiers jours. Paroi indemne. 1 courte crise légère à la quinzième année. Par ailleurs excellents résultats de quinze ans.

Doco sans calcul *et osto* avec 40 calculs.

N° 44. — Fistule de deux mois et demi, biliaire. Puis, persistance de douleurs légères, sans ictère ni température.

A la onzième année, induration de la paroi, simulant pendant un mois et demi un abcès en formation. Bons résultats de treize ans.

Doco : 1 calcul mou + *osto* : 6 calculs. Bile purulente.

N° 115. — Fistule de six mois, fermée par cautérisation, puis cicatrice un peu douloureuse et petite hernie. Par ailleurs, très bon résultat de cinq ans, repris beaucoup.

Doco : calculs + *osto* : calculs.

N° 172. — Fistule de trois mois, biliaire, avec élimination d'un calcul, puis paroi un peu douloureuse et une crise violente au quatrième mois avec température. Amélioration de deux ans, repris 16 /20.

Doco : 1 calcul + *osto* : 3 calculs.

N° 184. — Fistule intermittente de dix mois. Bile. Bons résultat de un an et demi, repris 15/15.

Doco : bile purulente sans calculs + *ectomie partielle* chez une ancienne cholécystostomie (Dr Champel).

N° 186. — Fistule de trois mois, fermée après évacuation d'un calcul. Bons résultats hépatiques, mais complications pulmonaires congestives puistuberculose. Repris 6/6.

Doco simple : très nombreux calculs.

N° 190. — Fistule de trois mois, avec évacuation d'un calcul au quinzième jour, puis très bon résultat d'un an, repris 34 /30.

Doco simple : 1 calcul.

Les 8 observations de fistule que nous venons de rapporter, ont été classées aux petits troubles car elles ont accompagné des suites par ailleurs excellentes ou du moins très satisfaisantes. Il est une *neuvième et dernière observation de fistule* (n° 112) que nous avons placée *au chapitre des suites plus troublées, mais que nous ajouterons cependant à ce chapitre* des fistules pour en établir le *tableau complet.*

N° 112. — *Doco* : 49 calculs + *ecto* : 21 calculs et symphyse de toute la région, rendant l'opération pénible. Fistule de un mois, bile et élimination de 8 calculs. Fermeture puis réouverture, après formation d'une masse indurée simulant un abcès. Amélioration de deux ans, repris 5 /10, puis, depuis trois ans, réapparition et

aggravation des troubles; crises violentes mais moins longues, avec ictère, prurit, décoloration des matières. Troubles digestifs et amaigrissement.

Si de nos 9 observations de fistule nous cherchons à *grouper les caractères communs, nous voyons* :

a) *La durée* a été 4 fois de 3 mois, 2 fois de 6 mois ; 2 fois de 1 an, et non notée pour le n° 112. Les 4 cas de fistule de trois mois peuvent à peine être considérées comme anormales:

b) La fistule a *toujours été biliaire* et a permis 4 *fois l'évacuation de calculs*, avec, ordinairement, fermeture de la fistule peu après ; 3 fois pour 1 calcul, 1 fois pour 8 calculs (n° 112);

c) La fistule a été 2 *fois suivie de faiblesse de la paroi* (n°s 9 et 115) ;

d) *Des troubles douloureux*, plns ou moins accentués, ont persisté ou se sont reproduits 6 *fois sur* 9 *cas* : 3 fois dans les premiers temps seulement, 1 fois par 1 seule crise à la quinzième année seulement (n° 38), 2 fois dans les suites immédiates et éloignées (n°s 44 et 112).

Les troubles tardifs du n° 44 ont été assez marqués puisqu'il s'est produit à la onzième année une induration de la paroi pendant un mois. Mais le n° 112 a seul présenté des troubles assez graves et durables de récidives de crises.

e) *Quelle opération avait été pratiquée* ? Nous trouvons :

2 cholédocotomies simples sur 44 pratiquées = 4,6 % ;

5 ostomies complémentaires sur 53 pratiquées = 9,4 % ;

2 ectomies complémentaires sur 93 pratiquées = 2 %.

f) *Et on avait trouvé* 7 fois des calculs du cholédoque, accompagnés 4 fois de calculs vésiculaires, et 2 fois pas de calcul du cholédoque : n° 38, calculs à la vésicule seulement et n° 184 bile purulente sans calculs chez une femme déjà cholécystectomisée partiellement (réouverture intermittente).

Que pouvons-nous retenir de tout cela ?

Que les fistules atteignent rarement le troisième mois et qu'il est exceptionnel qu'elles le dépassent. Ce n'est guère qu'à dater de trois mois qu'on peut considérer la fistule comme anormale. Les fistules véritables sont donc fort rares.

Qu'il peut bien y avoir une part revenant à la vésicule simplement incisée, puisque le pourcentage 9,4 % est nettement plus marqué en ce cas et que les troubles ultérieurs semblent, en certains cas, nettement imputables à la vésicule, alors que tous les troubles cholédociens sont levés et le transit rétabli. Il faut également considérer qu'en certains cas, la fistule se prolonge un peu plus que normalement, uniquement parce que le malade opéré en trop grande cachexie n'a pas les forces nécessaires pour cicatriser sa plaie et arrêter ainsi le flux biliaire. Et d'autre part, la fistule est rare après ecto, un peu parce que ectomie complémentaire signifie opération qui a pu être complète, aussi bien sur le cholédoque que sur la vésicule.

Mais, *pour les fistules plus durables ou accompagnées de troubles plus graves, il faut admettre que l'obstacle n'a pas été complètement levé.* Voyons en effet *les deux plus longues fistules*, de un an, nos 38 et 184. Ce sont précisément les deux seuls cas où nous n'ayons pas trouvé de calculs du cholédoque. Un calcul a-t-il échappé ou une lésion du canal ou du pancréas n'ont-elles pas été perçues, il est probable qu'un obstacle existait qui a subsisté. Et prenons *les deux cas accompagnés de suites plus graves.* Au no 44, c'est plutôt la vésicule qui semble responsable des troubles, mais pour le no 112, le plus grave, fistule réouverte et récidive de crises notables, il faut bien admettre que quelque calcul a pu être oublié, sur un aussi grand nombre (49 au cholédoque et 21 à la vésicule) alors surtout que la symphyse de toute la région compliquait encore l'intervention.

Ces rares cas ennuyeux mis à part, notons que *presque toutes les fistules ont été suivies de quelques troubles douloureux, mais bénins* et que 2 *fois seulement nous relevons une faiblesse de la paroi.*

II. — **Faiblesse de la paroi ou hernie :**

10 cas = 5 %

No 4. — Hernie, avec paroi indolore, facilement maintenue, par bandage. Par ailleurs, résultats absolument parfaits de vingt et un ans, bien qu'opérée en état très grave.

N° 9. — Faiblesse de la paroi *après fistule de six mois*. Par ailleurs excellents résultats de onze ans.

N° 26. — Faiblesse de la paroi et ceinture. Excellents résultats de seize ans, sauf que : 1 crise par an depuis quatre ans.

N° 30. — Eventration ayant entraîné une petite *réintervention à la onzième année*. Par ailleurs résultats parfaits de seize ans.

N° 48. — Eventration légère *après 2 interventions*, ne gênant pas pour vie active. Drainage d'urgence par Jaboulay puis doco : 1 calcul par Villard. Par ailleurs, résultats parfaits de douze ans.

N° 103. — Hernie douteuse. Résultats parfaits de cinq ans.

N° 111. — Hernie survenue trois ans après l'intervention. Résultats parfaits par ailleurs, de cinq ans.

N° 115. — Hernie *après fistule de six mois*, paroi légèrement douloureuse. Doco + osto. Mais très bons résultats de cinq ans.

N° 145. — Très légère éventration mais résultat parfait de trois ans.

N° 183. — Petite hernie, résultat parfait par ailleurs.

Au sujet de ces 10 observations nous ferons remarquer :

a) Beaucoup de nos renseignements ayant été obtenus par correspondance, sans que nous ayons pu revoir les malades ou les faire revoir par un médecin, *certains seront a vérifier*, quelques malades peu cultivés n'ayant pas spécifié, conformément à notre demande précise, si c'est bien *au niveau de la cicatrice* opératoire qu'existait une hernie. Peut-être s'agit-il de hernie banale, inguinale ou crurale, pour les n°s 103, 111, et 183, qui s'expliquent mal dans leurs réponses.

b) *Sur les 7 cas certains* qui restent, nous constatons que la hernie ou l'éventration se sont produites 2 *fois après une fistule de six mois* (n°s 9 et 115) *et 1 fois après 2 interventions* de choledocotomies faites à court intervalle (n° 48).

c) Il *ne reste donc que 4 cas sans cause apparente* et nous ferons remarquer que, mis à part la très légère éventration signalée par le n° 145, les 3 autres cas : n° 4, 9 et 30, datent *tous de l'époque de nos premières cholédocotomies* (avant 1909). Nous n'en observons plus depuis que nous utilisons l'incision de Mayo et pratiquons une fermeture plus serrée autour de l'orifice de drainage.

d) Nous remarquerons enfin qu'il s'agit *toujours de hernie* ou *d'éventration minimes*, facilement maintenues par un ban

dage (parfois même inutile) et ne gênant nullement une assez grande activité. Le terme d'éventration nous paraît même généralement impropre, il s'agit plus exactement d'une simple faiblesse de la paroi.

e) Sauf 2 cas, nos 26 et 115, qui signalent en outre de légères douleurs à la paroi ou une récidive tardive de crises, tous les autres malades ont eu *en dehors de ces petites éventrations, des résultats absolument parfaits*, notamment le n° 4, qui, opéré en état très grave, signale des résultats absolument parfaits de vingt et un ans.

f) Pour *un seul cas*, n° 30 nous avons eu à pratiquer une *cure d'éventration*, à la onzième année.

Nous n'avons, en tout cas, jamais observé d'accidents graves de hernie comme il en a été signalé.

Avec l'incision de Mayo et la technique que nous employons *les hernies ou éventration nous paraissent donc fort rares et bien minimes actuellement, ne survenant guère qu'après opération itérative ou fistule un peu prolongée, qui sont elles-mêmes fort rares.*

III. — **Complication pulmonaire durable**: 1 cas

N° 186. — Doco simple. Enorme encombrement de cholédoque hépatique et ses deux branches par de très nombreux calculs; de la boue biliaire et du pus, chez malade cachectique et très infectée. Fistule de trois mois et évacuation d'un calcul puis résultats hépatiques parfaits; repris 6/6. Mais complications pleuro-pulmonaires ; congestion, puis pleurésie, puis signes de *tuberculose pulmonaire.*

L'intervention longue et minutieuse nécessitée par d'aussi nombreux calculs, l'oubli de l'un de ces calculs, la fistule de trois mois, et la convalescence traînante ont bien pu déclancher les complications pleuro-pulmonaires et être en partie responsables de cette tuberculose tardive.

Mais il faut noter que la *malade fut opérée en pleine cachexie et infection*, avec une lithiase telle que, *sans intervention, elle*

était irrémédiablement condamnée. Et c'est plutôt, croyons-nous le *retard à l'intervention* qui par cachexie a provoqué la tuberculose latente qu'a révélé ou réactivé l'opération.

IV. — Persistance ou récidive de phénomènes douloureux

32 cas = 17 %

Le grand nombre de ces cas vient de ce que nous avons *retenu les moindres troubles* douloureux qui nous ont été signalés, même lorsqu'ils ont été minimes et n'ont que très peu duré, comme il est fréquent de les constater dans les premiers mois qui suivent l'opération : presque tous les cholédoques souffrent en effet un peu dans les six premiers mois, bien qu'ils aient, par la suite, d'excellents résultats.

Entre ces *douleurs légères persistantes*, plus ou moins durables, et les récidives de *crises véritables* après rémission plus ou moins complète et plus ou moins longue, il n'y a guère de caractère communs. Pour les *cas extrêmes*, typiques, il était donc nécessaire de diviser en deux ce chapitre des phénomènes douloureux. Mais il s'est naturellement trouvé plusieurs *cas intermédiaires* qu'il a été assez difficile et, en définitive, un peu arbitraire de classer ici ou là.

a) *Les cas les plus intéressants* étant ceux de *récidives de crises*, nous avons groupé d'abord tous les cas ayant présenté des crises, parfois même une seule, *qu'elles soient de type vésiculaire ou cholédocien* et qu'elles soient accompagnées ou non de douleurs legères constantes. Nous n'avons pas dissocié ici les crises vésiculaires des cholédociennes peu graves (rares ou légères) car la distinction est parfois difficile. Notons cependant que les crises vraiment cholédociennes et répétées (il y en a 2 cas) n'ont pas été notées ici, mais ont été renvoyées au chapitre suivant des améliorations partielles avec troubles assez graves cependant. Ici n'ont été classées que des crises de type vésiculaire ou cholédocien larvé, ou des crises extrêmement rares si elles avaient le type cholédocien accentué.

b) *Dans le deuxième groupe* nous n'avons donc laissé que les cas de *douleurs légères, constantes*, plus ou moins prolongées, sans aucune crise signalée.

Cette division, assez logique puisque basée sur des types douloureux très différents, nous permettra de constater que, *presque toujours, c'est lorsque la vésicule n'a pas été enlevée qu'on retrouve des récidives de crises, l'ablation de la vésicule ne laissant en général que des douleurs vagues, assez légères, sortes de tiraillements, vraisemblablement causés par des adhérences et souvent accompagnés de troubles digestifs légers.*

A. — *Récidive de crises plus ou moins atténuées* : 19 cas = 10 %

a) Après cholédocotomie simple : 5 cas.

N° 60. — *Doco* : 1 calcul ; vésicule atrophiée laissée ; repris poids. Bons résultats de onze ans, mais une crise violente à la onzième année, sans température ni ictère, mais décoloration des matières.

N° 65. — *Doco* : 1 calcul ; vésicule atrophiée laissée. Bons résultats de dix ans mais 2 périodes moins bonnes : les dix premiers mois avec 39, puis l'hiver de la neuvième année avec des poussées à 40. De plus, troubles digestifs légers, repris cependant plus que son poids ; 30/25.

N° 95. — *Doco* : 3 calculs ; vésicule laissée. Bons résultats de six ans, repris 40/40. Mais à la troisième année, nouvelles crises avec élimination d'un calcul.

N° 97. — *Doco* ; sans calcul (dilatation sans calcul du cholédoque ; pancréas ?) Bons résultats de six ans, mais une crise douloureuse atténuée depuis l'opération. De plus, les troubles gastriques ont persisté, ballonnement, régime, parfois vomissements. Avait repris son poids mais maigrit à nouveau.

N° 120. — *Doco* : 1 calcul. Bons résultats de quatre ans, mais après un an parfait, nouvelles crises, plus courtes et moins violentes, sans température ni altération générale, mais avec ictère de deux ou trois jours. Repris 10 kilos.

b) Après cholédocotomie + cystostomie : 10 cas.

N° 9. — *Doco* avec calculs + *osto*... Bons résultats de onze ans. Repris 4/4, mais dans la première année, quelques accès avec 38. De plus, fistule de six mois et légère éventration.

N° 24. — *Doco* : calculs + *osto* : calculs. Résultats parfaits de

dix-sept ans mais ictère de six mois à la dix-septième année. De plus, quelques douleurs constantes ainsi que des troubles digestifs légers. Repris 16 / x.

N° 26. — *Doco* : calculs + *osto*, sans calcul. Bons résultats de seize ans, mais à dater de la douzième année, 1 crise violente par an, avec ictère. Repris 10 /10.

N° 27. — *Doco* : calculs + *osto* : calculs. Bons résultats de seize ans, mais à la quinzième année, 1 crise douloureuse sans ictère n température. De plus, quelques troubles digestifs légers. Reprisi cependant 15 /8 kilos.

N° 38. — *Doco* : sans calcul + *osto* : calculs. Résultats excellents de quinze ans, mais fistule biliaire de un an et à la quinzième année courte crise légère. Repris seulement 10 /30.

N° 44. — *Doco* : calculs + *osto* : calculs. Bons résultats de treize ans, mais fistule de deux mois et demi puis à la deuxième année, induration qui pendant deux mois, a donné impression d'un abcès en formation. De plus, douleurs légères fréquentes et quelques troubles digestifs. Repris poids.

N° 76. — *Doco* (1 calcul) *sur ancienne cholécystostomisée.* Grande amélioration de huit ans, mais une crise violente au huitième mois, à Vichy, avec élimination de gros calculs, puis crises par intermittence, avec 39-40 et décoloration des matières. Paroi un peu douloureuse. N'a pas repris son poids.

N° 79. — *Doco* : calculs + *osto* de vésicule scléreuse. Bons résultats de sept ans, mais à la sixième année, une crise sans ictère, probablement phénomènes inflammatoires sur moignon vésiculaire. Pas de note sur poids.

N° 93. — *Doco* : calculs + *osto* : calculs. Bons résultats de six ans, mais 3 crises, 1 violente à la troisième année puis 2 légères, avec 39 /5, ictère, décoloration des matières. Rien depuis un an. De plus quelques troubles digestifs très légers. Repris 10 /15.

N° 172. — *Doco* : calculs + *osto* : calculs. Amélioration de deux ans, mais fistule de trois mois avec 1 calcul, puis 1 crise violente au quatrième mois, avec température. Douleurs sourdes constantes, De plus, quelques troubles digestifs. Repris cependant 16 /20.

c) Après cholédocotomie + cystectomie : 4 cas.

N° 69. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Bons résultats de neuf ans, mais a mis trois ans pour se remettre parfaitement et ne plus souffrir. Puis une crise violente à la huitième année. Enfin, quelques troubles gastriques. A cependant repris son poids : 20 /20.

N° 84. — *Doco* : calcul + *ecto.* Bons résultats de six ans. Mais a parfois des douleurs avec 38-39 et léger ictère. A la quatrième année,

crises plus douloureuses avec vomissements. De plus, petits troubles digestifs. Repris 14/14.

N° 152. — *Doco* : bile épaisse + *ecto* : 3 calculs. Guérison de trois ans, mais tous les mois environ, douleurs plus ou moins vives et paroi toujours sensible. De plus, quelques troubles digestifs, avec vomissements parfois. Repris 10/10.

N° 180. — *Doco* sans calculs, *mais sténose pancréatique* qu'on dilate *chez une ancienne cholécystectomisée* partielle (Dr Cotte) avec fistule persistante. La fistule se tarit et les crises disparaissent mais il persiste toujours une douleur, atténuée mais constante, avec parfois subictère et prurit. Des troubles digestifs ont paru surtout depuis l'opération. N'a pas repris de poids.

Si nous synthétisons les caractères de ces 19 *observations nous constatons* que nous avons des récidives de crises :

5 fois après Doco simples, 10 *fois après ostomie* et 4 fois après ectomie complémentaires.

16 *fois après calculs* du cholédoque, 3 *fois sans calcul* trouvé, 1 retrécissement du pancréas, 1 bile épaisse et 1 dilatation du cholédoque sans calcul.

Ces crises ont été 6 *fois violentes mais rares*, 6 *fois violentes mais exceptionnelles*, 4 fois atténuées et fréquentes, 2 fois rares et atténuées, 1 fois dans les premiers mois seulement.

Elles se sont accompagnées 3 fois de temperature à 39 degrés, 4 fois de 38 degrés, 6 fois d'ictère, 3 fois de décoloration de matières.

Il *s'y adjoint* 8 *fois des douleurs légères* plus constantes de l'hypocondre et 11 *fois des troubles digestifs légers.*

Il semble donc que, *sur* 19 *cas, les crises aient pris* 8 *ou* 10 *fois un type cholédocien plus ou moins larvé et* 8 *ou* 10 *fois le simple type vésiculaire* ou du moins sans caractère cholédocien net :

a) *Type cholédocien* : avec décoloration de matières (nos 60, 76, 93), avec ictère (nos 24, 26, 84, 93, 120, 180), avec température au-dessus de 38°5 (nos 65, 76, 84, 93), avec calcul dans les selles (nos 76 et 95).

b) *Type vésiculaire* ou du moins sans caractère cholédocien net dans les autres cas : notons que pour les nos 69, et 152, il n'y a plus de vésicule, mais il n'y a aucun caractère cholédocien dans

les crises d'ailleurs rares ou floues. (Voir pour plus de détails au chapitre des récidives de troubles cholédociens).

L'*ensemble de ces troubles n'est, en tout cas, pas très grave* en général, *puisque les malades ont repris* 11 *fois leur poids normal, et* 2 *fois plus que leur poids*, avec reprise 1 fois de 5,6 fois de 10, 4 fois de 15 et 3 fois de 20 kilos. Il *n'est que* 4 *cas ou les malades ont repris, mais moins que leur poids normal*, et 2 *cas seulement ou ils n'ont rien repris.*

On voit donc que, *pratiquement*, les malades *peuvent être considérés comme guéris.*

Mais il est à ce sujet un point à mettre en relief, c'est l'*influence de l'opération pratiquée.* On est frappé de constater ces récidives 5 *fois après doco simple*, 10 *fois après doco plus osto et* 4 *fois seulement après doco plus ecto.* De ces observations il faut retirer 1 observation doco plus osto où des calculs furent méconnus (n° 76) et les 3 observations sans calculs, 1 chez Doco simple (n° 97) 2 chez Doco plus ecto (n° 152 et 180) où, soit bile épaisse, soit rétrécissement pancréatique, il était assez naturel de voir récidiver les accidents. Il nous reste donc, sans raison plausible de voir récidiver les accidents, 4 Doco simples, 10 avec ostomie, 2 avec ectomie. *Ce qui nous donne un pourcentage de récidives de* :

4 sur 44 opérés par doco simple : 9 % ;
9 sur 53 opérés par doco + osto : 17 % ;
2 sur 93 opérés par doco + ecto : 2 %.

Il semblerait donc assez naturel d'admettre, que la *récidive de ces crises plus ou moins atténuées*, et qu'elles soient de type vésiculaire ou cholédocien *doit être en assez grande part imputée à la non ablation de la vésicule*, qu'elle ait été ou non incisée, et que l'on considère ces crises légères comme une inflammation du moignon vésiculaire ou comme une migration de nouvelles concrétions, réformées dans le cul-de-sac vésiculaire, toujours un peu infecté et stagnant, puis lancées dans le courant cholédocien où elles redonnent quelques troubles. A ce point de vue, nous n'estimons pas que ces crises soit généralement dues à de nouvelles concrétions calculeuses, car nous avons réopéré

des malades pour crises vésiculaires typiques, sans trouver de calculs ; il semblait s'agir de simples troubles mécaniques par vice de position ou altération du cystique. Nous pensons donc que dans la plupart des cas rapportés ici, il doit s'agir, non de nouvelles précipitations calculeuses mais de troubles mécaniques ou plus encore de petites poussées infectieuses par réveils tardifs et passagers de virulence.

Cependant, surtout pour les 8 ou 10 cas plus nettement cholédociens (7 ictères, 7 températures, 3 décolorations de matières) et particulièrement lorsque les troubles sont revenus sans tarder beaucoup, sans avoir jamais totalement disparu, il faut bien *reconnaître que les récidives peuvent avoir une origine directement cholédocienne* : calcul méconnu ou descendu des voies intrahépatiques, pancréatite, rétrécissement léger persistant, poussée inflammatoire d'infection mal éteinte, nouvelle précipitation calculeuse au cholédoque même, soit autour de débris calculeux, soit en raison des lésions précédentes, entretenant au cholédoque les deux causes de précipitation : infection légère et stagnation.

En définitive, nous ne pouvons rien affirmer :

Peut-être est-ce au cholédoque même qu'ont persisté ou se sont reformées les causes de récidives des crises signalées, particulièrement lorsqu'elles sont plus nettement cholédociennes et peu tardives.

Peut-être la fréquente coïncidence de ces récidives de crises avec la non ablation de la vésicule prouve-t-elle seulement qu'il s'agissait de cas plus laborieux, plus défavorables, *avec opération écourtée et peut-être incomplète* sur le cholédoque également, avec oubli possible de calculs peu accessibles, en particulier dans les voies hautes.

Nous ne pouvons accuser formellement la vésicule, mais étant donné une coïncidence aussi frappante, il semble cependant bien légitime de la soupçonner fortement de n'être pas étrangère à ces récidives qui surviennent presque toujours lorsqu'elle n'a pas été enlevée.

B. — *Persistance de légères douleurs à l'hypocondre*
13 cas = 7 %

a) Après cholédocotomie simple : 1 cas.

N° 178. — *Doco* : calculs. Vésicule rétractée laissée, guérison de deux ans, repris 10/12, mais douleur légère au palper de la cicatrice. De plus, troubles gastriques insignifiants pendant les six premiers mois.

b) Après cholédocotomie + cystostomie : 0 cas.

c) Après cholédocotomie + cystectomie : 12 cas.

N° 51. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs (avait des calculs jusque dans les branches de l'hépatique.' Bons résultats de deux ans, mais parfois quelques malaises au foie.

N° 88. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Résultats parfaits de six ans, repris 26/17. Mais cicatrice un peu sensible et troubles gastriques légers quatre heures après les repas.

N° 89. — *Doco* : calculs + *ecto*. Bons résultats de six ans. Repris 20/20. Mais, surmenée un peu, a des douleurs légères au foie et, parfois, des digestions pénibles.

N° 99. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Bon résultat de six ans. Repris 5/10. Mais quelques légères douleurs au foie et quelques troubles digestifs légers : nausées, digestions pénibles.

N° 126. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Excellents résultats de quatre ans, repris 25/20, malgré travail pénible. Mais légères douleurs au foie et troubles digestifs légers.

N° 127. — *Doco* : calculs *après ectomie* par le Dr Olivier. Bon résultat de quatre ans, repris 5/10, mais depuis trois ans, douleurs légères au foie et troubles gastriques.

N° 143. — *Doco* : 10 douves + *ecto*. Bon résultat de trois ans, repris 14/19. mais légères douleurs au foie et de petits troubles gastriques.

N° 149. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Bon résultat de trois ans, repris 10/10 mais subictère parfois et douleurs sourdes à l'épigastre.

N° 151. — *Doco* + *ecto*, sans calculs ; *induration du pancréas*. Guérison de trois ans, mais douleurs ne se sont atténuées que peu à peu, actuellement disparues. N'a pas repris de poids : 0/7. Albuminurique.

N° 174. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Bons résultats de deux ans, repris 5/5. Mais persistance de douleurs périhépatiques et troubles digestifs légers.

N° 177. — *Doco* : calculs + *ecto*. Guérison parfaite de deux ans, repris 15/15, mais quelques douleurs périhépatiques de tiraillement et troubles digestifs légers.

N° 184. — *Doco* sans calculs mais *bile purulente* avec escarbilles + *ecto* : Adhérences nombreuses. Bons résultats de un an et demi, mais fistule intermittente de dix mois et douleur persistante à a fatigue. Repris 15/15.

Nous constatons donc, en ces 13 cas, la persistance plus ou moins durable des douleurs légères de l'hypocondre :

1 fois après doco simple, 0 fois après ostomie et 12 *fois après ectomie complémentaires.*

10 fois après calculs du cholédoque et 3 fois sans calcul trouvé : 1 cas de douve, 1 de bile purulente, 1 d'induration du pancréas,

Ces douleurs légères ont été 5 *fois fréquentes*, 4 fois rares, 2 fois exceptionnelles, 2 fois insignifiantes ou des premiers mois seulement.

Elles se sont accompagnées, 2 fois de subictère, jamais de température ou de décoloration des matières.

Il s'y adjoint 9 *fois des troubles digestifs légers.*

L'*ensemble de ces troubles n'est cependant pas très grave non plus, puisque les malades ont repris* 5 fois leur poids normal et 2 fois plus que leur poids, avec reprise 3 fois de 5, 1 fois de 10, 3 fois de 15, et 3 fois de 20 kilos. *Il n'est que* 3 *de ces malades qui aient repris moins que leur poids et* 1 *seul qui n'ait pas repris du tout* (n° 151).

Si nous recherchons *quelle sorte d'opération a été pratiquée*, pour voir si l'une d'elle provoque plus volontiers ces douleurs légères persistantes, nous trouvons 1 cas aux doco simples, 0 cas aux doco plus osto et 12 *cas aux doco plus ecto.* Mais, pour être exacts, nous devons nous souvenir qu'au chapitre des crises véritables, nous avons classé des observations où des douleurs constantes etaient en outre signalées. Si nous les ajoutons donc ici, nous avons :

Doco simple : 1+0 : 1 cas sur 44 opérés=2,3 % ;

Doco plus osto : 0+4 : 4 cas sur 53 opérés=7, 5 % ;

Doco plus ecto : 12+4 : 16 cas sur 93 opérés=17,2 %.

Il semblerait donc que ce soit *l'ablation de la vésicule qui provoque le plus grand nombre de ces douleurs légères mais constantes*, alors que c'était, nous l'avons vu, la non-ablation qui provoquait presque toujours les récidives de crises. Mais méfions-nous d'*une cause d'erreur* : qui a à se plaindre de plus, ne se plaint souvent pas de moins ; il est probable que plusieurs des malades ayant à se plaindre des véritables crises qui les ont frappé, n'ont pas songé aux petits troubles que retenaient des malades plus favorisés. Les douleurs légères accompagnent donc peut-être plus souvent qu'on ne nous l'a dit, les crises vraies, donc les non-ablations de la vésicule.

De l'étude de tous ces phénomènes douloureux nous concluons donc :

1° Il semble assez nettement, que *c'est l'ablation de la vésicule* (17 %) *qui donne le plus facilement les douleurs légères*, assez vagues parfois, *sortes de tiraillements de l'hypocondre, vraisemblablement dus à des adhérences*, se manifestant plus volontiers dans les efforts ou après les repas, *s'accompagnant d'ailleurs presque toujours de troubles digestifs légers*, et s'estompant souvent de plus en plus en s'éloignant de l'intervention.

L'incision de la vésicule (7 %) *donne beaucoup moins souvent ces troubles que l'on ne retrouve pour ainsi dire pas après cholédocotomie simple* (2 %).

Cette décroissance serait bien *en faveur de l'interprétation de ces douleurs par des adhérences*, plus importantes après osto et surtout après ecto qu'après doco simple, adhérences gênant l'évacuation gastrique ou le transit pyloro-duodénale, adhérences enfin plus douloureuses lorsque la vésicule a été touchée ; parce qu'elles siègent alors, non plus en un point central et relativement fixe comme autour du cholédoque, mais au niveau du bord du foie, tiraillées entre la paroi fixe et le bord du foie particulièrement mobile.

2° Il semble, par contre, avec une assez grande certitude, que c'est la *non-ablation de la vésicule qui est presque toujours responsable de la récidive des crises*, qu'on les interprète comme vésiculaires, ou cholédociennes et quelle que soit l'explication

qu'on en donne. Il est *en tout cas certain que crises et non ablation coïncident presque toujours.*

Si bien que *pour schématiser* davantage, nous pourrions presque écrire en terminant :

Ablation de la vésicule expose à *douleurs légères et troubles digestifs* ;

Non ablation de la vésicule expose à *récidives de crises.*

Or, il y a bien dans cette conclusion quelque chose de vrai, puisque *c'est le même résultat que nous trouvons, lorsque nous résumons* brièvement au début de cet ouvrage, *les statistiques de la cholécystostomie et de la cholécystectomie, pratiquées en dehors de toute cholédocotomie.*

Enfin nous ne voulons *pas terminer sans rappeler* que *ces troubles*, s'ils sont intéressants à grouper et à analyser, *ne sont guère inquiétants* en général, puisqu'ils n'ont été que des *douleurs un peu gênantes* ou *des crises rares et atténuées* rarement de type cholédocien, *n'atteignant jamais l'état général* qui semble, presque toujours, *considérablement amélioré depuis l'opération*, si l'on en croit les malades et leurs courbes de poids.

V. — Troubles digestifs après cholédocotomies : 27 cas = 14 %

27 cas, représentant 14 % des 190 opérés et 26 % *des* 103 *résultats éloignés suivis.*

Les troubles digestifs légers que nous allons étudier, accompagnent très souvent les douleurs légères ou les récidives de crises que nous venons de voir, nous ne répéterons pas inutilement, en ces cas, des observations résumées plus haut ; nous y renverrons le lecteur.

a) Après cholédocotomie simple : 5 cas.

Nos 65 et 97. — Voir observations à récidives de crises.

No 178. — Voir observation à persistance de douleurs légères.

No 85. — *Doco* : 1 calcul ; vésicule laissée. Bon résultat de six ans malgré l'âge : 63 ans. Repris 20/20 et vie active, mais les troubles digestifs légers, ballonnement, ont persisté.

N° 92. — *Doco* : calcul. Bons résultats de six ans, mais troubles digestifs très légers.

b) Après cholodécotomies+ostomie : 5 cas.

Nos 24, 27, 44, 93, 172 : voir observations à récidives de crises.

c) Après cholédocotomies+ectomie : 17 cas.

Nos 69, 84, 152, 180 : voir observations à récidives de crises.

Nos 88, 89, 99, 126, 127, 143, 149, 174 et 177 : voir observations à persistance de douleurs légères.

N° 86. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Très bon résultat de six ans, malgré 63 ans. Repris 20 /20. Mais des troubles digestifs ont persisté, atténués car en souffrait beaucoup avant.

N° 109. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Bon résultat de cinq ans, mais pas repris 10 kilos perdus, digestions pénibles et régime lacté.

N° 131. — *Doco* : calculs + *ecto* : guérison excellente de quatre ans, repris 5/10 Mais quelques troubles digestifs,digestions pénibles ballonnement, migraines.

N° 147. — *Doco* : calculs + *ecto*. Résultats parfaits de trois ans, repris 18/20. Mais troubles digestifs légers pendant les deux premières années.

Nous notons donc que, six fois seulement, les troubles digestifs sont signalés seuls : 2 fois après doco simple, 4 fois après doco + ectomie.

Par contre, 21 *fois sur* 27, *les troubles digestifs se voient chez des malades souffrant encore de légères douleurs* de l'hypocondre (10 fois) *ou de récidives de crises* atténuées (11 fois).

Nous voyons également que les troubles gastriques sont signalés 23 *fois après calculs* du cholédoque et 4 *fois sans calculs* : n° 97, dilatation sans calcul ; n° 180, stenose pancréatique ; n° 152, bile épaisse, et n° 143, douves du cholédoque. Or, nous verrons plus loin que *ce sont les trois premiers de ces cas sans calculs qui nous donneront les troubles les plus ennuyeux.*

En groupant leurs caractères communs, précisons un peu la *nature et la gravité de tous ces troubles digestifs.* De quoi se plaignent les 27 malades ? 13 *fois de pesanteur ou digestions pénibles*, 13 *fois de ballonnement*, 8 fois de douleurs gastriques, 5 fois de crampes, 3 *fois seulement de vomissements* et 2 fois de

nausées. Comme horaire, 10 se plaignent de *souffrir après les repas*, 2 avant, les autres ne précisent pas. L'*appétit est bon chez* 18, médiocre ou mauvais chez 6 seulement. 19 *ne suivent aucune régime*,8 en suivant un plus ou moins sévère ; 9 se plaignent de céphalées après les repas.

Le *poids repris* a été 5 fois de 5, 4 fois de 10, 6 fois de 15, 8 fois de 20 kilos et plus, ce poids étant 12 fois égal, 4 fois au dessus et 6 fois seulement au-dessous du poids normal. Enfin 3 *malades seuls ont continué à maigrir ou n'ont rien repris.*

Tous ces troubles digestifs ne sont, on le voit, *pas très graves, puisqu'ils ne consistent en général qu'en ballonnement et digestions pénibles, avec quelques douleurs de tiraillements à l'évacuation et quelques céphalées après les repas et puisque, en plus des* 2/3 *des cas, ils restent sans régime, avec un appétit excellent, un poids au moins normal et un état général parfait.*

Ce sont donc des désagréments de l'existence plutôt qu'une véritable maladie mais nous avons cru nécessaire d'attirer l'attention sur eux, en raison de *leur fréquence*, puisque avec 27 cas ils représentent 14 % des 190 opérés et 26 % *des* 103 *résultats éloignés suivis.*

Quels sont *les cas de troubles plus sérieux* ?

a) *Les trois cas ou les malades n'ont pas repris de poids.*

N° 97. — *Doco simple, sans calcul dans le cholédoque* pourtant dilaté. Une seule récidive de crise atténuée, mais les troubles gastriques ont persisté; ballonnement,régime, *avec vomissements parfois.* La malade, qui avait repris une partie des 15 kilos perdus, *maigrit à nouveau.*

Malgré tout, bon résultat de six ans.

N° 109. — *Doco* : calculs + *ecto* : calculs. Bon résultat de cinq ans, plus de crise et bon état, mais digestions pénibles, régime lacté et n'a pas repris les 10 kilos perdus (avait adhérences et très nombreux calculs).

N° 180. — *Cholédocotomie chez une ancienne cholécystectomisée* (Dr Cotte) avec fistule persistante. *On ne trouve pas de calcul mais une sténose pancréatique qu'on dilate.* Suppression de la fistule, des crises, de la température, et amélioration générale rapide, mais des douleurs persistent, atténuées, avec subictère parfois ; et, à *dater de l'opération, paraissent quelques troubles digestifs*, crampes, ballon-

nement, céphalées, digestions pénibles qui n'auraient pas existé avant... La malade n'a pas repris le poids perdu.

b) *Nous pouvons y ajouter* 1 *cas de vomissement* :

N° 152. — *Doco* : bile *épaisse sans calculs* + *ecto* : 3 calculs. Paroi sensible,douleurs plus ou moins vives à l'hypocondre, tous les mois environ, et troubles digestifs avec ballonnement, céphalées et vomissements, une fois par semaine. Ces troubles sont apparus aussi *depuis l'opération car, avant, la malade mangeait très peu alors qu'elle* ne se restreint plus actuellement. Repris 10/10.

c) Nous ne retenons pas les deux autres cas où des vomissements sont signalés, car pour le n° 177, ils ont été exceptionnels avec reprise de 15 kilos sur 20, et pour le n° 97, nous venons déjà de relever l'observation au paragraphe des malades n'ayant pas repris leur poids.

Il ne nous *reste donc au total que* 4 *cas un peu ennuyeux* de troubles digestifs, 3 *par amaigrissement*, 1 *par vomissement* Or, nous constatons que *nous retrouvons là* 3 *sur* 4 *des cas que. nous avions opéré sans trouver de calculs et pour lesquels les lésions trouvées* (bile épaisse et rétrécissement constaté ou probable du trajet pancréatique) *suffisent bien à expliquer la per sistance de ces troubles.*

Nous venons de signaler que 2 *de ces malades accusent ces troubles digestifs seulement depuis l'opération*, le n° 180 et le n° 152, ce dernier précisant bien que c'est parce qu'il ne restreint *plus autant sa nourriture qu'autrefois.*

Mais, pour terminer, nous devons bien dire que les 25 *autres malades signalent des troubles digestifs avant l'opération*, ceux-ci ayant persisté depuis, mais de plus en plus *atténués* 18 *fois moins fréquents* 10 *fois* et 2 *fois au moins n'ayant duré que dans la première année.*

Nous avons pu expliquer 3 des 4 cas les plus marqués des troubles digestifs. Pouvons-nous donner une *explication des troubles ordinaires, plus bénins* ? Voyons tout d'abord *si l'opération pratiquée semble avoir quelque influence.*— Nous trouvons:

Doco simple : 5 cas sur 44=12,5 % ;
Doco+osto : 5 cas sur 53=9,5 % ;
Doco +ecto : 17 cas sur 93=18 %.

Il semble donc que *c'est après ablation de la vésicule que les troubles digestifs* (17 *cas*) *sont le plus marqués.* Remarquons que c'est déjà après ablation de la vésicule que nous avions noté la grande fréquence des douleurs légères persistantes de l'hypocondre (16 cas) auxquelles les troubles digestifs sont si souvent lié (13 fois sur 17). Pour interpréter les douleurs, nous avions songé aux adhérences ; *pour ces troubles digestifs* légers, en général ballonnement, lenteur de digestions pénibles, à quoi penserons-nous ? *Les imputerons-nous aux adhérences gênant le pylore et le duodénum ou à l'ablation de la vésicule*, qui peut manquer à la fois comme réservoir biliaire et comme relai de réflexes normaux pyloro-duodénaux ? Il est bien difficile d'émettre plus que des hypothèses, mais il paraît *incontestable que la vésicule enlevée semble manquer un peu au tube digestif* pour son bon fonctionnement.

L'écart de pourcentage n'est cependant pas considérable, on l'a vu, avec les autres types d'opération, puisque la cholédocotomie simple donne encore 12 % de troubles digestifs légers : peut-être y a-t-il là encore un *rôle des adhérences*, mais il est bien possible également qu'il se produise, ici aussi, des troubles de circulation biliaire par *induration ou rétrécissement léger du cholédoque incisé.*

En résumé nous accepterions volontiers comme *causes de ces troubles digestifs, à la fois la gêne du transit gastro intestinal par les adhérences et un trouble d'évacuation biliaire par rétrécissement cholédocien léger et limité et plus encore par ablation du réservoir biliaire naturel.*

§ 3. — AMÉLIORATIONS PARTIELLES OU TEMPORAIRES SUIVIES DE RÉCIDIVES AVEC TROUBLES GRAVES

17 cas = 9 %

Dans ce chapitre, nous distinguerons trois catégories, selon que la persistance ou la récidive des troubles hépatiques a été assez grave pour :

Altérer notablement l'état général : 2 cas = 1 % ;
Imposer une réintervention notable : 5 cas = 2,5 % ;
Ou entraîner le décès plus de trois mois après l'opération 10 cas = 5 %.

I. — Altérations notables de l'état général par la fréquence ou l'intensité des troubles :

2 cas = 1 %

N° 112. — *Doco* : 49 calculs + *ecto* : 21 calculs et toute la région en symphyse. *Fistule* de un mois, bile et élimination de 8 calculs. Fermeture puis réouverture après formation d'une *masse indurée* simulant un abcès. *Amélioration de deux ans*, repris 5/10, *puis depuis trois ans, réapparition et aggravation des troubles*. Crises violentes mais moins longues avec *ictere*, prurit, *décoloration des matières*, troubles digestifs et amaigrissement.

N° 118. — *Doco* : 3 calculs + *osto* : 2 calculs et adhérences nombreuses. Amélioration légère de quatre ans, mais non guérison. Douleurs assez violentes à peu près tous les quinze jours, cependant moins violentes et moins fréquentes qu'autrefois, avec *ictère parfois*. Troubles gastriques persistants. État général médiocre, n'a pas repris son poids.

II. — **Réintervention chez nos cholédocotomisés :** 5 cas = 2,5 %

a) Cholécystectomie faite après cholédocotomie : 1 cas.

N° 8. — *Une cholédocotomie* (3 calculs) avec *cholécystostomie* complémentaire (11calculs) avait donné d'excellents résultats au début mais à la septième année on pratiqua une cure d'éventration et à la *dix-huitième année on dut réintervenir pour enlever la vésicule rétractée et épaissie*, qui, simplement incisée à la première opération, donnait des *accidents inflammatoires avec troubles généraux, et abcès de la paroi fistulisé.* Guérison parfaite depuis cette ectomie secondaire : bon état général et repris 10 kilos. Il persiste une petite éventration.

b) Cholédocotomie itérative : 4 cas.

N° 16. — Après *cholédocotomie* (14 calculs) + *cholécystostomie* (nombreux calculs), amélioration rapide, la guérison paraît obtenue à part une petite fistulette. Mais lorsque celle-ci semble vouloir se fermer, poussées thermiques, et au *quatrième mois, brusque retour des phénomènes d'angiocholite infectieuse grave. Une deuxième intervention, rapide en raison de l'état général, pour rechercher le cholédoque, ne le découvre qu'imparfaitement*, englobé dans des *adhérences.* Drainage peu satisfaisant et *décès peu après.*

N° 121. — Après *cholédocotomie sans trouver de calcul* + *cholécystectomie* donnant 3 calculs, suites bonnes. *Mais au huitième mois*, le malade revient pour de nouvelles crises douloureuses, avec selles décolorées et pour une *fistule persistante* donnant de la boue biliaire et de petits calculs. *Une deuxième cholédocotomie laborieuse* trouve 2 *calculs réfugiés dans la partie la plus haute de l'hépatique. Décès huit jours plus tard* avec une hémorragie en nappe de 200 grammes et ictère grave. L'autopsie ne montre aucun autre calcul. Foie biliaire.

N° 156. — Après *cholédocotomie* : 3 calculs + *cholécystectomie* (10 calculs), grande amélioration d'un an avec reprise des 6 kilos perdus. Cependant, persistance de malaises, puis réapparition de troubles cholédociens : douleurs puis crises de plus en plus violentes, avec ictère, température, décoloration des matières, troubles digestifs.

Au bout de deux ans, on pratique une deuxième cholédocotomie : on trouve 1 *calcul intrapancréatique, venu probablement des voies biliaires supérieures intra-hépatiques.* Excellent état après la deuxième opération : aucun malaise, très bon état général.

Dans ces trois premières observations de cholédocotomie itérative, les 2 opérations furent faites par nous ; dans la quatrième que nous allons rapporter, la deuxième opération fut pratiquée par M. Lèriche, à Strasbourg, où se trouvait notre opérée, perdue de vue depuis longtemps.

N° 123. — Après *cholédocotomie* (5 calculs) + *cholécystectomie* (nombreux calculs) convalescence normale. Puis au *cinquième mois, récidive des accidents* qui continuent pendant quatre ans, avec des alternatives diverses, mais souvent avec 39 à 41, ictère, frissons, décoloration des matières et affaiblissement considérable de l'état général. A la troisième année, un gros abcès appendiculaire est ouvert à Grenoble. *A la quatrième année*, M. Leriche complète cette intervention par l'ablation de l'appendice et, réintervenant sur le cholédoque, en retire 2 *calculs cholédociens* ; l'un du volume d'une noisette, l'autre du volume d'un grain de blé retiré de l'ampoule de Vater. Depuis, convalescence rapide avec reprise de 13 kilos.

Pour compléter ce chapitre, nous ajouterons un cas qui ne doit pas être noté dans notre pourcentage de récidive car la première cholédocotomie ne fut pas pratiquée par nous.

N° 48. — *Cholédocotomie pratiquée d'urgence* par Jaboulay. Drainage de l'hépatique, disparition des phénomènes infectieux, mais l'état général reste précaire, la fistule persiste et les accès fébrile reparaissent.

Cinq mois après la première, nous pratiquons avec le Dr Goullioud une *deuxième cholédocotomie*. Extraction d'un *calcul mou* de la portion pancréatique. Fermeture de la fistule en vingt-cinq jours. Reprise de 25 kilos et résultats de douze ans absolument parfaits, à part de très légers malaises de la région gastro-hépatique après les repas et une petite éventration.

III. — Décès plus de trois mois après l'opération par persistance ou récidive de troubles hépatiques :

12 cas = 6 %

Ces 12 cas se décomposent ainsi :

2 *décès après cholédocotomies itératives* dont nous avons vu les observations à ce chapitre : nos 16 et 121 ;

2 *décès chez des cancers* des voies biliaires ;

1 *décès dans un cas d'anomalie des voies biliaires* avec rétrécissement du cholédoque ;

7 *décès enfin par récidives des troubles chez des calculeux.*

a) Décès chez des cancers des voies biliaires : 2 cas.

N° 58. — *Doco* (bile infectée sans calculs + *ecto* (calculs) chez *un cancer probable des voies biliaires* secondaire à la lithiase : *pancréas épaissi et induré,* rétrécissement cathétérisé. Amélioration notable des deux premiers mois avec reprise des forces et de l'appétit, diminution du prurit, selles recolorées, fistule tarie, bon état au départ : deuxième mois. Puis cachexie progressive avec *décès au neuvième mois.*

N° 150. — *Doco* (pas de calcul, mais *néo du carrefour*) + *ecto* (1 *calcul du bassinet*). Confirmation histologique. Disparition des douleurs, à dater de l'opération, mais par contre, affaiblissement progressif et *décès au cinquième mois.*

b) Décès chez un rétrécissement du cholédoque : 1 cas.

N° 55. — *Doco simple* : pas de calcul, mais anomalie des voies biliaires, *cystique descendant jusqu'au pancréas et cholédoque très étroit.* Le drain ne peut être mis que parrallèle au cholédoque, avec bout supérieur dans l'hépatique. Amélioration de six mois, reprise de quelques forces et diminution de l'ictère et du prurit. Puis l'état décline à nouveau, l'ictère se fonce, cachexie progressive et *décès au bout d'un an.*

c) Décès chez des calculeux : 7 cas.

N° 1. — Ce cas n'est pas, à proprement parler, une cholédocotomie, car le calcul du cholédoque fut refoulé par le cystique dilaté dans la vésicule d'où il fut extrait par *simple cholécystostomie* : calcul muriforme, paraissant unique. Guérison opératoire rapide ; néanmoins cette malade succomba ultérieurement vers le troisième mois avec une *cachexie progressive.* L'autopsie n'a pu être faite.

N° 3. — *Doco* : plusieurs calculs. Vésicule ratatinée laissée (incidents de compression temporaire de la veine porte). *Guérison pendant quatre mois* puis *reprise des crises* de plus en plus violentes, avec 41, ictère, décoloration des matières. Troubles digestifs, vomissements. Hernie. *A la huitième année, décès* après *hémorragies intestinales,* durant depuis trois semaines.

N° 40. — *Doco* (calculs mous) + *osto.* Parti guéri au soixante-

dixième jour, mais reprend des douleurs continuelles et *décédé à la cinquième année* « sans avoir cessé de souffrir ». (Nous n'avons pu recueillir d'autres détails).

N° 43. — Après *cholécystostomie idéale* (nombreux calculs) on doit faire *deux ans plus tard une cholédocotomie* idéale (1 calcul à facette). On laisse la vésicule. Partie guérie au quarantième jour, la malade reprend du poids. Mais des *crises fréquentes reparaissent*, avec une tuméfaction au niveau de la cicatrice. Et à la *cinquième année, décès au cours d'une crise* avec *vomissements fécaloïdes.*

Nous n'avons malheureusement jamais revu la malade ni pu obtenir de détails plus précis.

N° 57. — *Doco simple* (2 calculs) ; vésicule ratatinée laissée, car opération rapide chez *un vieillard de* 70 *ans.* Amélioration notable. Repris 3/8. Mais reprend des crises, cependant moins violentes, à type cholédocien, tous les deux ou trois mois, avec douleur, ictère et surtout température. *La survie est cependant de huit ans* : décès à 78 ans dans une dernière crise.

N° 81. — *Doco* : 1 *calcul* + *ecto* : nombreux calculs.

Excellents résultats pendant six ans, poids, état général, digestion. *Pas de crises du tout. Puis à la sixième année, crises violentes et répétées*, avec 40, frissons, pas d'ictère. Et décès après trois semaines d'angiocholite suppurée probable, avec ou sans nouveau calcul du cholédoque.

N° 136. — *Doco* : 5 calculs + *osto* : 2 calculs. Guérison parfaite, puis après *le quatrième mois, récidives fréquentes des crises* et décès après un an et demi, à la vingt-quatrième heure d'une « crise très mauvaise » (nous n'avons pu avoir de détails plus précis).

IV. — Conclusions des troubles graves

Que pouvons-nous conclure de l'examen des 17 observations de troubles graves que nous venons de rapporter ? Nous avons voulu exposer les observations des trois groupes, avant de tirer les conclusions de chacun, car il faut les avoir parcouru tous les trois pour bien comprendre le nombre et la nature des troubles groupés ici : *tous ces troubles de récidive grave cholédocienne conduisent à la mort, en quelques mois ou quelques années, si l'on ne réintervient pas.* C'est pourquoi, nous ne sommes pas étonnés de ne trouver actuellement vivants et en état de troubles graves, que deux opérés, tous les autres étant morts ou réopérés, selon que nous avons pu ou non, les voir et réintervenir.

A) Altération notable de l'état général par la fréquence ou l'intensité des récidives. — *De tous nos opérés actuellement vivants, il n'en est donc que deux qui présentent à la fois des crises violentes et fréquentes, de type cholédocien plus ou moins fruste, et une altération notable de l'état général.*

Aux bons résultats avec petits troubles, nous avions bien noté que 4 malades n'avaient rien repris du poids perdu, mais leur état n'était nullement inquiétant : vagues troubles digestifs, douleurs légères ou crises rares. Il n'y a donc bien que ces 2 cas-ci (nº 112 et nº 118) qu'on puisse appeler vraiment graves. Et encore devons-nous signaler que *tous deux déclarent avoir été améliorés*, au moins temporairement.

Le nº 112 ferait plutôt songer à un *calcul méconnu* (noter qu'il y avait à l'intervention 49 calculs du cholédoque et 21 de la vésicule) et le nº 118 à des *troubles par adhérences ou sténose*, mais il nous est bien difficile de nous prononcer avec les documents actuels. Pour des cas aussi importants, les réponses des malades à notre questionnaire ne peuvent suffire, il eut fallu les voir et au besoin les hospitaliser pour les mieux observer ; nous n'avons pu l'obtenir encore de malades peu cultivés et très éloignés et nous nous en excusons ; mais nous ne pouvions pas, dans notre statistique, ne pas faire état de ces réponses, bien que n'ayant pu les contrôler encore, nous réservant de publier ultérieurement les détails complémentaires que nous pourrions obtenir.

B) Réinterventions : 5 cas.

Nous ne parlerons pas ici *de la cholécystectomie* que, secondairement, nous avons eu à pratiquer, car nous y reviendrons à propos des opérations complémentaires dans la cholédocotomie.

Mais reprenons nos 5 *cas de cholédocotomies itératives qui* furent *pratiquées au quatrième, au cinquième et huitième mois, puis après deux et cinq ans*, sauf pour le nº 16 où les adhérences et le mauvais état général ne permirent guère qu'un drainage hâtif et imparfait du cholédoque, les 4 autres réinterventions donnèrent 1 ou 2 calculs, réfugiés dans la portion haute de

l'hépatique ou dans la zone pancréatique. Nous y reviendrons au sujet des calculs méconnus du cholédoque, mais signalons que, *sur 4 réinterventions qui purent être normales et complètes, 4 fois on découvrit un calcul méconnu* à la première intervention en quelque point retiré du cholédoque, à moins qu'il ne se soit *formé ou ait migré depuis* (*voies biliaires supérieures intra hépatiques*, comme nous en trouverons plusieurs exemples aux autopsies).

Quels résultats donnèrent ces réinterventions ?

Elles furent toujours decidées en face de *récidives de plus en plus violentes, avec état général particulièrement touché.* Et cependant, 3 *malades furent sauvés, avec guérison parfaite depuis, dans les* 3 *cas.*

Les 2 *décès, par contre, furent rapides* et survinrent chez 2 sur 3 des malades qui furent *réopérés peu de mois après la première intervention.*

Dans les 2 cas, *en dehors de l'état infectieux grave, le décès semble dû aux adhérences* qui rendirent l'opération laborieuse et, dans un cas empêchèrent une ouverture et un drainage corrects, dans l'autre entraînèrent une hémorragie en nappe.

Etant donné la gravité de ces récidives, les résultats sont donc des plus encourageants, puisque nous voyons sauver 3 malades sur 5 et en particulier les 2 malades qui ne furent pas réopérés dans les premiers mois.

En conclusion, nous estimons donc qu'il faut réintervenir toutes les fois que par un examen un peu prolongé des malades on a acquis la certitude d'un obstacle vrai et non de troubles passagers par cholédocite. Quand faudra-t-il réintervenir ? Il ne faut pas se presser, croyons-nous, à la fois pour observer comme nous l'avons dit et pour attendre la cicatrisation complète de tout le territoire opéré.

C) Décès plus de trois mois après l'opération.

1° *Les cancers des voies biliaires* cholédocotomisés nous donnent *seulement* 2 *décès, au cinquième et au neuvième mois.* C'est que, nous l'avons vu, après cholédocotomie, ces malheureux meurent dès les tout premiers jours, ou, s'ils sont sou-

lagés en partie, s'épuisent dès ce moment dans une cachexie accélérée et *meurent 9 sur 12 dans les quinze premiers jours.*

Pour le dixième de nos cancéreux, n° 154, nous n'avons pu obtenir encore sa date de décès.

Pour les 2 cancéreux qui nous occupent ici, n°s 58 et 150, on signale également la *disparition des douleurs et du prurit*, mais, par contre, l'*affaiblissement accéléré, à dater de l'opération*, très nettement indiqué chez l'un (n° 150). Etant donné qu'il s'agit de cancer, ces 2 survies avec atténuation des accidents peuvent être considérées comme des succès relatifs.

Pourquoi ces 2 derniers opérés sont-ils décédés bien plus tardivement que les autres ? Nous croyons pouvoir dire :

N° 150. — Parce que le cancer fut surpris à son début, le malade étant venu tôt en raison des douleurs dues au *calcul du bassinet.*

N° 58. — Parce que le *diagnostic de cancer*, fait cliniquement, mais sans certitude, à l'opération, *ne semble pas du tout certain actuellement* : il n'y a pas eu d'examen histologique et l'évolution (grande amélioration jusqu'au troisième mois, puis récidive et décès au neuvième mois) ferait plutôt songer à une pancréatite avec recidive de rétrécissement.

2° *Le rétrécissement du cholédoque, n° 55, avec anomalie du cystique*, après une *amélioration passagère* avec diminution du prurit, *retombe, quelques mois plus tard, dans des troubles encore plus marqués*, qui entraînent la *mort au bout d'un an.*

Le rétrécissement qui, associé à une malformation du cystique, était peut-être congénital, a du se reformer encore plus serré. Cette malade fut perdue de vue au début de la guerre, mais n'eut d'ailleurs pu bénéficier d'une dérivation par anastomose, la vésicule qui avait été laissée, étant rétractée et épaissie.

3° *Il nous reste enfin 7 décès de malades auxquels nous avions trouvé des calculs à l'intervention.*

Nous éliminerons le *n°* 1 qui n'est pas à proprement parler une cholédocotomie mais que nous avons conservé dans notre statitique, par curiosité et parce que c'est notre première abla-

tion de calcul du cholédoque (en 1896). Le refoulement dans la vésicule était une voie un peu détournée, et le malade a bien pu mourir de cachexie, dans les mois suivants, par suite d'*opération incomplète.*

Nous ne nous étonnerons pas non plus du décès du *n°* 57. *L'opération très rapide avait pu être incomplète* et nous ne pouvions songer à l'améliorer ultérieurement, étant déjà très satisfaits d'accorder, à un *vieillard de* 70 *ans*, une survie qui fut de huit ans.

Mais nous aurions voulu pouvoir établir nettement *les* 5 *autres observations de décès*, pour exposer quelles furent les dates de début, le caractère exact des récidives. Tous ces cas semblent bien être, d'après les détails reçus, des récidives d'obstruction cholédocienne, mais puisque nous ne sommes pas réintervenus, malgre l'âge favorable, on conçoit bien que c'est précisément parce que dans tous ces cas il s'agit de *malades de campagnes éloignées, absolument perdus de vue.* Ce n'est qu'en faisant nos recherches actuelles que nous avons connu ces récidives. Mais, à part 2 lettres assez explicites, dont l'une rédigée par le médecin, 3 autres réponses sont tellement laconiques qu'elles sont difficilement utilisables ; nous avons cependant estimé correct de rapporter tout ce qu'on peut en tirer.

La *guérison parfaite, sans aucune crise, est signalée* 2 *fois pendant quatre mois* (n°s 3 et 136), *une fois pendant six ans* (n° 81), sans précision pour les n°s 43 et 81. Puis les crises reparaissent, de plus en plus violentes et le *décès survient après un an et demi, cinq ans* (2 *fois*), *six ans et huit ans*, avec, selon les cas : hémorragies intestinales, « tuméfaction à la cicatrice et vomissements de matières », angiocholite probable, enfin, « dans une crise très mauvaise ». Sur des données aussi imprécises, il serait difficile d'établir plus que des hypothèses sur les causes de récidives. Pour les n°s 3 *et* 136, *le début précoce* et le compte rendu opératoire peuvent nous faire *songer à un oubli possible de calcul, à moins qu'il ne s'agisse de rétrécissement* non noté et persistant. *Pour les* 3 *autres cas à début plus tardif et à évolution beaucoup plus longue, nous songerions plus vo-*

lontiers à une nouvelle précipitation de calculs, soit au cholédoque (n° 81 avec vésicule enlevée) *soit plutôt à la vésicule* pour le n° 40 et surtout pour le n° 43 où l'état inflammatoire de la vésicule semble manifeste, malgré l'imprécision des termes employés par nos correspondants. Aucune raison valable ne nous permet cependant de trancher entre les diverses hypothèses possibles : oubli, descente ou récidive de calcul, pancréatite, rétrécissement persistant ou postopératoire, enfin surtout néoplasme tardif des voies biliaires greffé sur de vieilles lésions lithiasiques.

De toute manière, le *nombre de ces récidives graves* étonnera peut-être, mais le *pourcentage n'en pourra être comparé qu'à celui de statistiques aussi complètes* (172 résultats connus sur 190) car nous rappelons qu'il n'est pas de documents plus difficiles à obtenir que ces résultats, si incomplets soient-ils, sur les anciens opérés morts sans se montrer, en des campagnes éloignées. Aussi pensons nous que toute statistique qui n'est pas complète et presque intégrale, est toujours trop belle : avec moins de persévérance, la nôtre l'eut été beaucoup plus.

§ 4. — CONCLUSIONS DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Si pour terminer ce chapitre, nous jetons un regard d'ensemble sur les résultats éloignés que nous avons pu rassembler, nous voyons qu'il n'est pas de malades qui n'aient bénéficié de l'opération.

a) Pour une infime minorité, des troubles parfois graves sont réapparus plus ou moins tardivement, troubles qui ont d'ailleurs définitivement disparu lorsqu'il s'agissait de calculs et lorsque les malades ont pu bénéficier d'une deuxième intervention.

b) Mais pour l'immense majorité des opérés suivis, à part de petits troubles pratiquement insignifiants, la guérison a été excellente. Nous devons insister sur ce point pour terminer, car, ayant passé extrêmement rapidement sur les résultats parfaits qui, comme les peuples heureux n'ont pas d'histoire, alors que nous avons longuement analysé les décès et les résultats mauvais, l'impression pourrait rester, malgré les chiffres, que les troubles graves sont la règle et les guérisons parfaites l'exception. De même, pour les troubles légers, la nécessité dans laquelle nous nous sommes trouvés d'analyser en détail et de grouper les moindres troubles, les plus légers et les plus transitoires, pourrait leur conférer en l'esprit du lecteur une importance qu'ils n'ont pas en réalité. De tout celà pourrait rester une impression pessimiste qui ne serait pas l'expression de la réalité, car au fond, la chirurgie hépatique, en dehors des cancèrs, est une chirurgie réconfortante qui sauve des gens condamnés. Il ne faudrait pas en effet, pour juger en toute justice, oublier de comparer l'état actuel sou-

vent parfait, presque toujours excellent malgré de minimes imperfections, avec l'état antérieur à l'intervention, la plupart des malades se trouvant alors en etat grave, beaucoup en état désespéré. Pour se convaincre du changement obtenu : il suffit de lire les réponses de la plupart des opérés qui manifestent leur reconnaissance par un lyrisme qu'il ne convenait pas de reproduire ici mais qu'il ne faudrait cependant pas totalement méconnaître.

Nous concluons donc encore que c'est sans tarder à la chirurgie qu'il faut recourir, en cas de lithiase du cholédoque nettement diagnostiquée. Et nous appuyons notre opinion, non seulement sur les impressions de nombreuses années de chirurgie hépatique, mais sur une statistique qui, en ses grandes lignes ne saurait être trompeuse puisqu'après de longues recherches, nous avons pu retrouver l'état actuel de presque tous nos anciens opérés et obtenir ainsi une statistique sûre, c'est-à-dire presque intégrale, sans inconnus.

CHAPITRE III

Considérations diverses sur nos cholédocotomies

Nous ne voulons pas reprendre ici des considérations d'étiologie, de clinique ou de technique chirurgicale qu'on trouvera dans nos *Mémoires de Chirurgie Hépatique* ou dans notre rapport au Congrès de 1919.

Mais, pour mieux établir nos conclusions, il nous a paru indispensable de regrouper différemment nos observations, pour étudier plus complètement certains points importants, notamment les lésions anatomo-pathologiques trouvées aux interventions, les récidives et leurs causes probables, enfin les opérations complémentaires pratiquées, toutes ces considérations restant surtout traitées du point de vue des résultats.

Cette troisième partie de notre étude comprendra donc trois chapitres :

1° *Les causes trouvées à l'opération* ;
2° *Les récidives et leurs causes* ;
3° *Les opérations complémentaires.*

§ 1. — CAUSES TROUVÉES A L'INTERVENTION ET INFLUENCE DE L'AFFECTION CAUSALE SUR LES RÉSULTATS

Sur 190 cholédocotomies, nous avons déjà noté 147 *cas avec calculs trouvés au cholédoque* et 43 *cas sans calcul* constaté au cholédoque mais où la symptomatologie cholédocienne semblait avoir été provoquée par diverses causes : cancers, rétrécissements, etc... Pour en donner une vue d'ensemble et une étude plus complète, nous allons regrouper selon leurs causes des observations qui ont déjà été présentées mais rapidement et par fragments à l'occasion des divers résultats. Ce paragraphe comprendra deux alinéas : 1° calculs du cholédoque ; 2° pas de calculs au cholédoque.

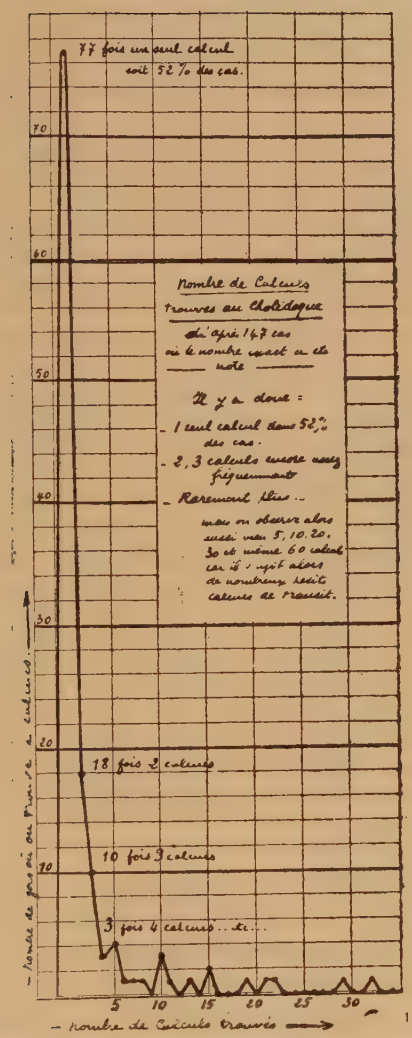
Alinéa Premier. — Calculs du cholédoque.

147 *cas*=77 % dont 67 avec calculs dans cholédoque seul (45 %) et 80 calculs à la fois dans cholédoque et vésicule (55 %). Donc *plus souvent*, *lithiase associée*, vésiculaire et cholédocienne.

a) Nombre des calculs trouvés au cholédoque.

1° *Sur* 147 *cas*, nous trouvons 77 *fois* 1 *seul calcul*, 18 *fois* 2, 10 *fois* 3, 3 fois 4, 4 fois 5, 1 fois 6, 1 fois 7, 1 fois 8, 3 fois 10, 1 fois 11, 1 fois 13, 2 fois 14, 1 fois 18, 1 fois 20, 1 fois 21, 1 fois 28, 1 fois 31, 1 fois 42, 1 fois 49, 1 fois 60. Ajoutons que 17 fois nous trouvons : « plusieurs ou nombreux calculs » mentionnés sans plus de précision.

On voit donc que :



Nombre de calculs trouvés au cholédoque

Dans la moitié des cas (52 %) *le calcul est unique.*

On trouve *encore assez souvent*, mais en fréquence rapidement décroissante, 2 *et* 3 *calculs* puis 4 *et* 5 *calculs déjà plus rares.*

Mais *au-dessus de* 5 *calculs les cas deviennent plus rares encore.*

Si dans le groupe de 5 à 20 calculs nous comprenons les 17 cas où le nombre exact n'a pas été spécifié, nous n'avons encore au total que 29 cas sur 147, soit 20 % seulement entre 5 et 20 calculs.

Au-dessus de 20 *calculs*, les cas deviennent encore plus *exceptionnels*, nous n'en trouvons que 6, soit 4 % seulement.

2° Tous les chiffres précédents sont établis sur l'ensemble des 147 cas de calculs du cholédoque. Mais il est intéressant de *décomposer cet ensemble pour comparer les chiffres des* 2 *groupes* qui le forment. Nous trouvons :

a) *Dans les cas de calculs au cholédoque seul* : sur 67 *cas*, 43 fois 1 seul calcul, 9 fois 2, 3 fois 3, 2 fois 4, 1 fois 14, 1 fois 21, et 8 fois la mention plusieurs ou nombreux calculs, sans précision.

b) *Dans les cas de calculs au cholédoque, accompagnés de lithiase vésiculaire constatée, sur* 80 *cas, nous trouvons au cholédoque* : 34 fois 1 seul calcul, 9 fois 2, 7 fois 3, 1 fois 4, 4 fois 5, 1 fois 6, 1 fois 7, 1 fois 8, 3 fois 10, 1 fois 11, 1 fois 13, 1 fois 14, 1 fois 18, 1 fois 20, 1 fois 28, 1 fois 31, 1 fois 42, 1 fois 49, et 1 fois 60 calculs.

Il est donc intéressant de constater que :

a) *Lorsqu'il n'y a calculs qu'au cholédoque* :

C'est *très souvent un calcul unique* : 43 sur 67 = 61 % ;

Il y a quelquefois 2 calculs, plus rarement 3 et 4 ;

Puis *il devient vraiment exceptionnel d'en trouver plus de* 4.

Le maximum a été 21 calculs.

b) *Lorsqu'en plus des calculs du cholédoque, on constate une lithiase vésiculaire* :

Le *calcul unique est un peu moins fréquent* : 34 sur 80 = 42 % ;

Il y a quelques cas avec 2, 3, 4 et 5 calculs ;

Puis il devient assez rare de trouver plus de calculs, mais cependant *les cas de calculs nombreux sont beaucoup moins exceptionnels qu'à la catégorie des calculs au cholédoque seul.* Et le maximum est considérablement reculé jusqu'à 49 et 60 calculs.

Si bien que l'on peut *presque conclure que lorsque l'on trouve plus de 4 ou 5 calculs au cholédoque, c'est qu'il y a encore une carrière lithiasique vésiculaire en rendement*, et qu'inversement, lorsqu'on constate des cailloux à la vésicule, il faut plus volontiers, *s'attendre à les trouver en plus grand nombre au cholédoque.*

3° *Y a-t-il un rapport entre le nombre des calculs de la vésicule et le nombre de ceux du cholédoque ?*

Voici les nombres des calculs trouves à la vésicule, en dehors de 36 cas, où sans chiffres on les a noté nombreux : 9 fois 1, 9 fois 2, 4 fois 3, 3 fois 3, 4 fois 5, 3 fois 6, 1 fois 10, 1 fois 11, 2 fois 15, 1 fois 21, 1 fois 38, 1 fois 40, 1 fois 70, 1 fois 89, et 1 fois 150: Notons qu'*avec* 70, 89 et 150 *calculs à la vésicule, nous n'en trouvons qu'un ou deux au cholédoque. Mais nous devons par contre constater que toutes les fois qu'il y a eu un nombre vraiment important de calculs au cholédoque, il y en avait également encore presque toujours beaucoup dans la vésicule* :

31 au choledoque+38 à la vésicule, 42 au cholédoque+6 à la vésicule, 49 au cholédoque+42 à la vésicule, 60 au cho lédoque+15 à la vésicule.

Toutes ces constatations pourraient en somme se ramener à cette idée : *Quelle que soit son origine*, qu'il soit autochtone ou migrateur, *le calcul né ou véritablement devenu cholédocien, est très souvent un solitaire. Il ne séjourne en tout cas d'ordinaire et vraiment longtemps dans le cholédoque, que* 1, 2, 3, 4 *ou* 5 *calculs. Lorsqu'il y en a plus, et particulièrement lorsqu'ils sont très nombreux, c'est presque toujours, parce qu'en arrière de la barrière* plus ou moins infranchissable *que forme le gros solitaire* cholédocien ou bien 5 gros calculs anciens *viennent s'amonceler les petits calculs récemment chassés d'une vésicule* qu'on retrouve d'ailleurs presque toujours à l'intervention encore encombrée d'une partie de ses calculs.

En résumé, lorsqu'il y a encore lithiase vésiculaire en évolution, les calculs trouvés au cholédoque sont plus nombreux que lorsque la lithiase vésiculaire est épuisée.

Ces déductions, que nous tirons du nombre des calculs, seront encore renforcées par les constatations que nous allons faire sur les formes et les couleurs.

b) Formes, consistance et couleur.

La plupart de nos calculs ayant été conservés, nous les avons dessinés pour avoir en même temps sous les yeux leurs diverses formes et mieux les comparer. Voici l'impression qu'ils nous donnent :

1° *Lorsqu'ils sont uniques*, ils sont *presque toujours ronds ou ovoïdes* généralement ronds pour un petit diamètre, souvent ovoïdes, en particulier dès que le diamètre approche de 1 centimètre ou le dépasse. S'ils sont *lisses*, ils ont presque tous un volume allant au moins d'une cerise à une olive ; ceux d'un volume moindre revêtent souvent le type muriforme, analogue aux calculs du cystique, auxquels plusieurs ressemblent de façon frappante, bien qu'ils soient en général un peu plus gros. Nous inclinons à penser qu'il s'agit là d'un type de calcul autochtone sédentaire.

Notons cependant un *nombre assez important de calculs mous*, masse plus ou moins amorphe, en boue épaisse ou brique pilée, sorte de *calcul en formation, moulé sur le cholédoque*, parfois impossible à apprécier à travers les tuniques cholédociennes et qu'on ne peut ramener que péniblement à la curette, car il s'effrite en boue ou en gravats au moindre contact.

Les observations de semblables calculs friables sont très nombreuses, notons entre autres les n°s 4, 29, 40, 44, 48, 76, 133, 153, 157, 187, etc...

Signalons enfin, parmi les calculs uniques, des calculs qui n'ont pas toujours été ainsi, car on retrouve, plus ou moins émoussées, les formes et les facettes d'articulations, que nous verrons aux calculs multiples. Certains de ces calculs semblent

s'être ainsi modelés à facettes dans la vésicule où l'on en retrouve de semblables, mais d'autres plus gros et plus fragiles, en barillet ou en olive tronquée, avec facettes devenues inutiles, montrent bien qu'ils ont dû se former au cholédoque même et que les calculs plus petits qui s'articulaient avec eux ont fini par être expulsés.

2° *Lorsqu'il y a plusieurs calculs*, on peut observer encore parfois ces formes complètement arrondies ou ovalaires, s'il n'y a que 2 ou 3 calculs assez petits, mais c'est l'exception. En général *ils s'articulent par facettes qu'on recherchera avec soin* au cours de l'intervention pour voir si le premier calcul trouvé a chance ou non d'être unique.

a) *S'il s'agit de calculs assez volumineux déjà*, ils forment souvent une *masse allongée comme un cigare, moulée par le conduit cholédocien et fragmentée en plusieurs tronçons articulés entre-eux* : chaque tronçon forme une sorte de *petit barillet*, plus ou moins écaillé et rugueux sur son pourtour, lisse et dur, sur ses surfaces d'articulation. Rarement on retrouve au complet l'ensemble des tronçons que pourrait faire prévoir le profil de ceux qu'on ramène, quelques-uns, les plus petits des extrémités fusiformes, semblent avoir été chassés, il ne reste souvent qu'un ou deux gros barillets, avec des facettes qui se sont empâtées depuis qu'elles n'articulent plus. Ces calculs volumineux moulés sur le cholédoque semblent bien incontestablement *autochtones*.

b) *S'il s'agit au contraire de nombreux calculs, petits* et mobiles, nous les retrouvons *presque toujours polyédriques, à facettes*, comme les calculs ordinaires de vésicule où beaucoup d'entre eux semblent bien en ce cas s'être formés ; nous ne disons pas la totalité, car, en certains cas, après une première apparence de ressemblance, on peut constater quelques différences de volume, de forme ou de couleurs qui ne semblent pas toujours surajoutées.

3° *Pour résumer notre impression, nous ramenerons les calculs à* 5 *formes fondamentales* :

a) *La boue biliaire*, calculs en brique pilée, correspondant à des dépôts récents, nettement en rapport avec l'infection des voies biliaires.

b) *Petits calculs muriformes*, généralement solitaires, à aspérités vives lorsqu'ils sont petits, à aspérités plus émoussées lorsqu'ils sont un peu plus gros. Ces formes qui paraissent spéciales aux canaux biliaires rappellent exactement les calculs du cystique mais avec un volume généralement supérieur ; ces calculs muriformes du cholédoque semblent bien s'être formé au cholédoque même, calculs autochtones.

c) *Gros calculs lisses et uniques*, souvent ronds quand le diamètre n'atteint pas 1 centimètre, généralement ovoïdes quand le plus petit diamètre approche de cette dimension ou la dépasse.

d) *Gros calculs lisses et multiples, en colonne brisée*, constituée par 3 ou 4 calculs *en barillets* superposés, articulés par leurs extrémités, lisses sur leurs faces d'articulation, un peu plus rugueux à la périphérie.

Ces deux dernières formes, ronds-ovoïdes ou en barillet selon que les calculs sont uniques ou multiples, semblent bien séjourner au cholédoque depuis fort longtemps : calculs *sédentaires* du cholédoque, à long passé cholédocien, autochtones ou naturalisés du cholédoque, c'est-à-dire venus très anciennement de la vésicule mais ayant grandi dans la voie biliaire principale qui s'est dilatée progressivement pour laisser passer le courant biliaire à la périphérie du calcul resté mobile. Si ces calculs ne sont pas toujours nés au cholédoque, ils y ont donc du moins acquis droit de cité.

e) *Enfin petits calculs multiples, polyédriques* a facettes, du type vésiculaire, le plus habituellement *calculs migrateurs*, venus de la vésicule et surpris *en transit* dans le cholédoque.

Notons encore, que par une sorte de loi, qui doit être fonction de la force de cohésion des éléments des calculs et des forces auxquelles leur masse est soumise, *les calculs*, lorsqu'ils doivent, après un centimètre de diamètre, quitter leur meilleure forme de résistance qui est la forme ronde et prendre une forme allongée, ovale ou colonne fragmentée en barillets,

ne peuvent presque jamais acquérir un grand diamètre dépassant une fois et demi ou deux fois au maximum le petit diamètre. Il semble qu'ayant atteint ces limites, ils continuent leur augmentation en masse sur tous les diamètres, le volume total dépassant rarement celui d'une noix ou s'ils continuent à allonger se fracturent et s'articulent.

4° *Remarquons d'autre part, qu'en un assez grand nombre de cas nous trouvons au cholédoque deux ou trois formes à la fois* : petits calculs polyedriques, boue biliaire, volumineux fragments en barillet de colonne cholédocienne. Ou bien nous pouvons trouver des calculs de même *type* mais de *volumes* différents semblant nettement répondre à deux âges, sinon à deux origines différentes. Et de même pour les *consistances* et les *couleurs*, les uns étant plus empâtés, plus friables et jaunes, d'autres plus noirs, dans le même cholédoque.

Nous verrons plus loin l'importance de ces constatations pour discuter l'origine des calculs.

c) Siège des calculs.

Il est très inconstant, en raison de leur mobilité habituelle et varie selon diverses causes.

1° *Si le calcul est unique et d'assez petit volume*, il glisse sous le doigt, dans tout l'hépato-cholédoque dilaté, avec une facilité parfois déconcertante ; on le trouve cependant d'ordinaire dans la zone sus-pancréatique où il vient reposer.

2° Mais sous la poussée de crises répétées et de la dilatation progressive, il peut arriver qu'il s'*engage dans la zone pancréatique.* C'est là qu'il peut être *bloqué*, car, non seulement le cholédoque ne se laissera plus que très difficilement dilater à ce niveau, mais, sous l'influence d'une constante irritation mécanique et infectieuse, le *pancréas tuméfié se sclérose et l'enserre* dans une sorte de loge inextensible. Cet enclavement produit l'obstruction du cholédoque, épisode particulier de la lithiase cholédocienne et qui pendant longtemps a été considéré comme la seule manifestation de la lithiase cholédocienne.

Ces cas sont relativement rares, notons, entre autres, les nos 11, 34, 63, 71, 89, 98, etc.

Nous n'avons pas fait le compte certainement exact des cas où nous retrouverions noté un enclavement fixe définitif, mais nous sommes certains que les observations en sont relativement exceptionnelles, les calculs restant dans l'immense majorité des cas, on peut dire presque toujours, mobiles dans l'hépato-cholédoque.

3o Enfin, *lorsque les calculs sont particulièrement nombreux* on a un véritable *encombrement* de toutes les voies biliaires, on trouve des *calculs refoulés jusque dans les branches de bifurcation de l'hépatique.* Notons également qu'avec moins de calculs, mais *dans les cas d'infection ancienne*, profonde avec angiocholite, on peut trouver des calculs en formation jusque dans les branches élevées de bifurcation de l'hépatique, comme, on le découvre parfois aux autopsies. Parmi les cas de calculs haut situés parce que trop nombreux, citons les nos 61, 62, 109, 112, 122, 178, 186, etc... (avec un oubli de quelques-uns, constaté pour les nos 112, et 186).

Parmi les cas de précipitation de calculs dans les voies intrahépatiques, par suite d'infection ancienne et profonde, signalons en particulier les cas nos 29, 113, 108 et 121 où les calculs parfois inaccessibles ne furent retrouvés que par réinterventions ou autopsie.

Il est bien évident que, si la localisation la plus habituelle dans l'hépato-cholédoque, favorise une intervention rapide et complète, il n'en est plus de même des sièges anormaux, soit dans le pancréas, soit dans les branches de l'hépatique, qui exigent une opération plus laborieuse, et donnent, malgré de minutieuses recherches, une certitude toujours moindre d'avoir pu faire une opération parfaite et sans risques de récidives. Ces sièges anormaux ne s'observant, en général, qu'au cours d'opérations trop retardées, nous en tirerons encore argument pour rappeler la nécessité d'opérer tôt.

d) Etat des voies biliaires.

Ce qui frappe de suite à l'examen des voies biliaires, c'est que *les différentes portions se conduisent de façon diamétralement opposée : le cholédoque sus-pancréatique* et *l'hépatique se dilatent tandis que la vésicule et le cholédoque pancréatique ont tendance à se rétracter.*

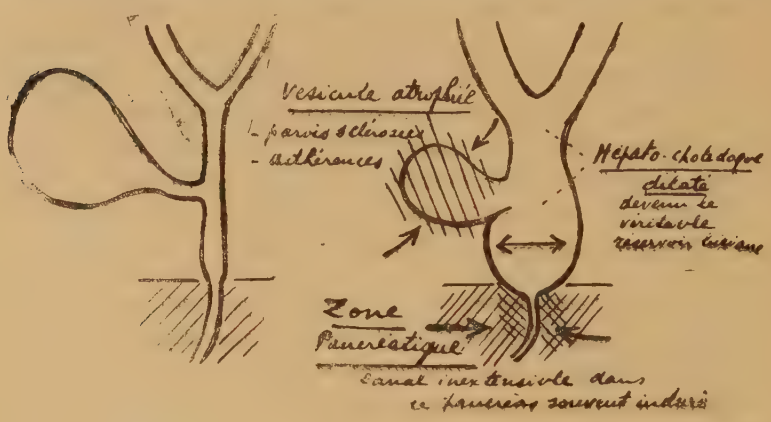
1° *Le cholédoque pancréatique, normalement peu dilatable,* parce qu'enserré par le tissu glandulaire, *se rétrécit encore,* dans la poussée aiguë, *par tuméfaction de sa muqueuse en milieu inextensible,* puis, plus tard, *par rétraction cicatricielle* de ses tuniques. *Mais surtout, le pancréas,* sous une constante irritation mécanique et infectieuse, *se tuméfie également, se sclerose et se resserre,* transformant désormais cette portion du cholédoque en un conduit rigide et resserré. Aussi est-ce presque toujours au niveau de la traversée pancréatique que se réalise l'enclavement des calculs cholédociens et que se réalise l'obstruction calculeuse du cholédoque. C'est dans la partie rigide du conduit que viendra se coincer un calcul jusque-là libre dans les voies biliaires sus-jacentes dilatées, et l'irritation mécanique que détermine sa présence, ne fait qu'exagérer l'induration des tissus péricholédociens, rendant définitif un arrêt qui ailleurs n'aurait pu être que momentané. Au-dessus de ce calcul fixé pourront s'accumuler d'autres calculs, mais ceux-ci conserveront presque toujours une certaine mobilité.

2° *L'hépato-cholédoque,* lui *se dilate, particulièrement en toutes ces phases d'obstruction* plus ou moins complète et prolongée. *Plusieurs causes tendraient bien à le faire rétrécir* : la tuméfaction des muqueuses en poussées d'angiocholite, puis l'épaississement durable, l'induration, la sclérose des parois cholédociennes qui sont parfois très nettes, enfin les adhérences qui bloquent souvent toute la région et l'engainent. Mais il faut penser qu'il existe une longue phase aseptique dans la lithiase biliaire, pendant laquelle les parois du cholédoque peuvent se laisser dilater sous la pression biliaire d'autant plus que l'accroissement du calcul est très lent. Celui-ci reste libre,

très mobile dans l'hépato-cholédoque, et au cours de beaucoup d'interventions, on le sent fuir sous le doigt comme une bille ; plus le calcul grossit, plus le cholédoque se distend, laissant longtemps entre ses parois et la concrétion calculeuse, un étroit espace libre, suffisant pour le passage de la bile. Le mécanisme n'est plus possible dans la traversée pancréatique, comme nous l'avons dit ; de là la fréquence des lithiases sus-pancréatiques et la localisation des obstructions intra-pancréatiques.

La *dilatation devient parfois considérable* : volume du pouce, d'une anse grêle, parfois même volume du bras comme nous l'avons vu dans un cas, peut-être congénital ; *le cholédoque n'est plus alors un conduit d'excrétion, il est devenu le véritable réservoir biliaire.*

3° *La vésicule*, semblerait devoir se dilater de même et *se dilate* en effet *lorsqu'elle est restée normale. Mais ces cas sont rares* cancers de la voie principale ou lithiase du cholédoque, sans lithiase ni infection de la vésicule, actuelle ou ancienne.



Transformation de l'arbre biliaire au cours des infections biliaires prolongées, avec obstruction plus ou moins marquée du cholédoque

Sa conformation diverticulaire, en cul-de-sac, la prédispose vraisemblablement à la prolongation des infections atténuées et à la stase biliaire qui sont les deux facteurs de lithiase. Aussi

ne sommes-nous pas étonnés de trouver 55% *des lithiases cholédociennes associées à la lithiase vésiculaire, et dans les 45 % qui forment les lithiases cholédociennes pures, nous soupçonnons fort la vésicule d'avoir été lithiasique autrefois. Elle a du moins presque toujours été chroniquement infectée, car il est presque de règle de la trouver rétractée, épaissie et sclérosée*, ratatinée sur elle-même, comme atrophiée, ou plaquée contre les calculs qu'elle peut encore contenir.

Pourquoi s'atrophie-t-elle ainsi, plutôt que le cholédoque ; vraisemblablement parce que plus anciennement et plus chroniquement infectée, plus éloignée de la poussée biliaire quand le bassinet se trouve encombré de calculs, enfin peut-être moins dilatable que le cholédoque moins musclé, qui peu à peu se laisse forcer et la remplace.

Ces diverses lésions nous donnent *donc une transformation complète de l'arbre biliaire : vésicule atrophiée, virtuellement supprimée, défilé pancréatique rétréci, et enfin, hépato-cholédoque considérablement dilaté pour ces deux raisons*, véritable réservoir biliaire où se continuent maintenant la stagnation et l'infection.

e) Origine probable des calculs trouvés au cholédoque

Toutes les constatations anatomo-pathologiques que nous venons d'énumérer, nous autorisent-elles à établir plus que de vagues hypothèses sur l'origine des calculs trouvés au cholédoque.

Nous croyons pouvoir établir quelques points assez probables :

1° Un nombre assez important de calculs semble bien autochtones, nés primitivement dans le cholédoque.

Nous avons ramené les calculs à 4 types fondamentaux : boue biliaire, calculs muriformes, ronds ou ovales, calculs en barillets superposés, enfin polyédriques à facettes.

Les *trois premières formes nous semblent fréquemment autochtones* :

a) *Les calculs mous, friables, boue ou gravats*, que nous surpre-

nons véritablement *à l'état de formation* le sont bien incontestablement.

b) *Les formes allongées, en cigare* fragmente ou en barillet, dont nous retrouvons un plus ou moins grand nombre de *tronçons*, sont bien incontestablement *formées ici, puisqu'elles sont véritablement moulées sur ce conduit* et sont d'ailleurs en général trop volumineuses et trop dissemblables des formes qui peuvent coexister dans la vésicule pour pouvoir en provenir.

c) *Dans les formes rondes, muriformes ou ovalaires*, nous estimons également que *certaines sont nées dans le cholédoque*, car en certains cas, nous avons pu saisir ces lithiases *à leur début* et les calculs, encore petits, n'avaient *pas les mêmes caractères que ceux qui coexistaient dans la vésicule.* D'autre part, pour de plus gros calculs, nous n'avons pas constaté *à la coupe* qu'il puisse s'agir de petits calculs vésiculaires recouverts au cholédoque de dépôts surajoutés. Enfin, en certains cas, la vésicule ne semble avoir été ni lithiasique ni infectée.

Les mêmes causes de lithiase, stase et infection atténuée pouvant, à certaines périodes, se réaliser au cholédoque nous ne voyons d'ailleurs pas pourquoi on n'admettrait pas d'y voir se former des calculs, tout comme à la vésicule.

On voit ainsi que la *vésicule n'étant pas la seule carrière de lithiase*, son ablation ne saurait mettre sûrement à l'abri des récidives.

2° Nous estimons cependant que la plupart des calculs, sont d'origine vésiculaire. *Et nous distinguerons ici deux catégories de calculs* :

a) *Les uns : venus de la vésicule, séjournent au cholédoque depuis un temps si prolongé qu'ils y ont vraiment acquis droit de cité*, leur caractère généralement polyédrique disparaît, leurs arêtes s'émoussent, ils s'empâtent de nouvelles concrétions, grossissent, et, devenus véritablement cholédociens, ne sauraient désormais s'évader sans graves difficultés. Ce sont de véritables *naturalisés* du cholédoque.

b) *D'autres, véritablement surpris en cours de migration, ont encore tous leurs caractères vésiculaires, petits, polyédriques*

à facettes, et sembleraient devoir glisser sans trop de peine au défilé pancréatique, comme ils viennent de le faire au cystique, s'ils ne se trouvaient *buter ici contre le rétrécissement* de la zone pancréatique *on contre un ou quelques calculs cholédociens véritables*, qui obstruent le passage. Ce sont les *émigrants* ou calculs de transit. Citons un cas typique : n° 113 : volumineux calcul conique, fixé contre le pancréas et retenant : 31 petits calculs exactement semblables à 38 calculs qu'on trouve encore dans la vésicule.

Que serait-il advenu d'eux sans l'intervention ?

Peut-être seraient-ils devenus également cholédociens, par un séjour plus prolongé, mais, plus *vraisemblablement, ils auraient pu glisser et fuir* ; ce qui nous permet de le supposer, c'est que *nous ne trouvons ces nombreux petits émigrants que lorsque la vésicule est encore en pleine activité*, encore bourrée de calculs semblables. *Lorsque la vésicule est vide*, rétractée, tarie, depuis longtemps, *il ne reste jamais que* 1, 2, 3 *ou* 4 *calculs, exceptionnellement plus*, et ayant presque toujours pris le type cholédocien. Comme l'état de la vésicule la fait fortement soupçonner d'avoir été lithiasique, et avec de nombreux petits calculs facilement chassés par le cystique, il semble bien probable, que la plupart ont fui de même au défilé pancréatique.

Quoi qu'il ait pu advenir d'eux si l'on n'était intervenu, *il est incontestable, en de nombreux cas, que leur origine est vésiculaire et leur situation cholédocienne assez récente : particulièrement lorsqu'ils sont encore absolument analogues, de forme, de volume avec d'autres calculs, retrouvés à la vésicule* : en général polyédriques à facettes : n°s 86, 107, 109, 113, 173, 178, etc. ; parfois muriformes; n° 114 : 1 calcul vésiculaire et 1 cholédocien exactement semblables. Parfois la *teinte* seule semble modifiée pour certains : à côté de petits calculs noirs, autochtones ou plus anciennement devenus cholédociens, on en trouve de tout semblables pour la forme et le volume, mais encore jaunes comme ceux qu'on trouve en même temps à la vésicule.

Parfois c'est l'*aspect brillant, vernissé*, des calculs vésiculaires qui a seul disparu.

L'*origine vésiculaire nous semble donc, en conclusion, non*

seulement incontestable mais extrêmement fréquente, que les calculs trouvés soient encore typiquement vésiculaires ou qu'ils aient acquis peu à peu les caractères cholédociens. C'est pourquoi nous *redouterons particulièrement la vésicule pour les récidives* possibles et conseillerons son ablation toutes les fois qu'il n'existera pas une contre-indication particulière.

f) Evolution probable de la lithiase.

On admet couramment que la *formation des calculs exige* deux *conditions ; une infection atténuée et une stagnation relative de la bile*, la phase d'infection aiguë donnant du pus et la phase atténuée donnant de la boue puis des concrétions calculeuses.

Nous avons vu que les calculs peuvent se former dans le cholédoque, tout aussi bien que dans la vésicule, mais qu'en réalité beaucoup de calculs cholédociens sont d'origine vésiculaire... *Pouvons-nous savoir si les deux carrières, vésiculaire et cholédocienne, donnent leur rendement en même temps ou si l'une succède à l'autre ?*

1° *Le cholédoque est vraisemblablement très souvent le premier infecté, mais son drainage est excellent*, son contenu renouvelé à chaque chasse biliaire, *la stagnation est bien difficile, et l'infection vite disparue* ; il semblerait assez étonnant que la bile ait le temps d'y déposer ses boues et les boues de s'y concréter, tant qu'il n'existera pas en dessous un obstacle à l'écoulement naturel, plus important et plus durable que ne peut l'être la simple tuméfaction des muqueuses infectées.

2° *La vésicule au contraire par sa situation diverticulaire réalise bien au début les meilleures conditions de précipitation de calculs.*

En dehors du grand courant biliaire, son contenu, malgré les contractions, s'y renouvelle moins bien qu'au cholédoque, l'infection plus tardive, y est aussi plus persistante. *C'est là vraisemblablement que l'infection chronique et la stagnation doivent précipiter les premiers calculs. Et de fait, il est exceptionnel* avec calculs au cholédoque, *de trouver la vésicule saine* ; dans

55 % des cas elle a encore des calculs, et, dans la presque totalité des autres cas, la vésicule est rétractée, ratatinée, fort suspecte en un mot de lithiase complètement évacuée avant l'intervention. En de nombreux cas on retrouve d'ailleurs, de façon flagrante, au cholédoque, des calculs chassés depuis plus ou moins longtemps de la vésicule.

Nous pensons donc que *presque toujours, c'est la vésicule qui la première a dû entrer en lithiase, puis, après quelques années, libérée plus ou moins complètement de ses calculs, elle se rétracte de plus en plus et passe au second plan.*

3° Lorsque des concrétions calculeuses ont été évacuées dans le cholédoque au travers du cystique dilaté, un certain nombre de celles-ci, sinon la totalité peuvent ne pas passer dans l'intestin et nous pensons que la traversée pancréatique est la cause principale de cet arrêt, du fait de sa faible dilatabilité. Sous l'influence de causes irritatives mécaniques provoquées par la présence du calcul, et des phénomènes infectieux réactionnels, la lumière du cholédoque pancréatique est diminuée : le ou les calculs stagnent donc au-dessus, dans la partie dilatable de la voie biliaire principale. C'est là qu'ils peuvent progressivement s'accroître, d'autant que l'infection des voies biliaires favorise de nouveaux dépôts à leur surface. Ainsi s'établit une sorte de cercle vicieux, qui fait que plus le calcul grossit, plus il détermine d'accidents infectieux et plus ceux-ci augmentent la précipitation des sels biliaires. L'élimination des concrétions devient donc d'autant plus difficile que les parois pancréatiques deviennent elles aussi moins extensibles.

Le processus est identique, qu'il s'agisse de calculs d'émigration vésiculaire ou de calculs autochtones de la voie biliaire principale, mais dans ce cas, il semble que les accidents infectieux aient été primitifs, en favorisant la sténose partielle de la traversée pancréatique et la stagnation biliaire dans les voies sus-pancréatiques.

4° Les calculs cholédociens peuvent être évacués spontanément dans l'intestin, le fait est classique et nos observations le confirment, c'est ainsi que nous avons trouvé plusieurs fois

un gros calcul unique à facettes, témoignant de l'existence antérieure d'autres calculs; dans un autre cas nous avons pu *provoquer nous-même cette expulsion* : n° 45 : calcul refoulé au doigt dans l'intestin ; puisqu'enfin il n'est pas rare de retrouver des *calculs expulsés dans les selles* (parmi nos opérés : n°s 76, 95), quelques mois ou quelques années après l'intervention.

Cette heureuse terminaison spontanée n'est donc pas impossible, mais elle ne peut être qu'exceptionnelle. Il faut *noter d'ailleurs que les calculs sont plusieurs* dans la moitié des cas, et que ce sont toujours les tronçons les plus volumineux que nous avons l'impression de retrouver, l'*élimination spontanée ne se faisant guère que pour les fragments plus petits* des extrémités.

Il semble donc vain de vouloir attendre cette expulsion spontanée qui a bien des chances de ne jamais se produire. alors que d'autre part les accidents d'infection ascendante sont de plus en plus menaçants. L'opération reste la seule ressource et devra être pratiquée avant que des irritations trop prolongées n'aient créé des lésions de pancréatite ou de rétrécissement trop avancées que l'ablation des calculs ne suffirait plus à amender.

5° Rappelons en effet que *la disparition de tout calcul du cholédoque ne met pas toujours fin aux troubles cholédociens.* Lorsqu'ils ne sont plus inflammatoires mais *invétérés et cicatriciels*, les *troubles persistent* : les calculs ont franchi la barrière pancréatique, mais pas sans la dégrader. Et, dans ces cas, l'*opération venue trop tard* ne peut apporter qu'une douteuse amélioration.

6° Il est une autre conclusion que nous devons tirer de ce chapitre : *ou devons-nous craindre les récidives ? Nous pouvons les craindre au cholédoque même, si les lésions avancées* de sclérose ne rétrocèdent guère et s'il persiste de ce fait un peu d'infection et de stagnation. *Devons-nous redouter également la vésicule atrophiée*, virtuellement inexistante : il semble bien que oui, l'infection persiste longtemps, on le sait, dans ses parois, la stagnation y est plus facile qu'ailleurs.

Elle reste donc un certain danger. Et comme elle n'est depuis longtemps d'aucune utilité, il semble bien *préférable de la supprimer* s'il n'est pas de contre-indication particulière.

Nous concluons en résumé :

a) *Opérer la lithiase biliaire dans sa phase vésiculaire évitera vraisemblablement bien des cholédocotomies* ;

b) *Lorsqu'est déclanchée l'infection cholédocienne on est entré dans un cercle vicieux dont il ne faut guère espérer sortir que par l'intervention* ;

Attendre serait vain et dangereux, en raison de l'infection ascendante des branches intra-hépatiques et de la menace d'altération de la cellule hépatique.

c) *Il sera prudent d'enlever le plus possible la vésicule*, s'il n'y a pas de contre-indications résultant de l'état général ou de dispositions anatomiques.

d) *Cette ablation ne met cependant pas totalement à l'abri des récidives, celles-ci pouvant se reproduire dans le cholédoque même particulièrement s'il existe des lésions cicatricielles du conduit ou du pancréas contre lesquelles une opération trop tardive est sans grand effet.*

Il faut donc opérer tôt.

Alinéa II. — Pas de calculs au cholédoque : 43 cas = 22,5 %.

Nous rappelons que *sur* 190 *cholédocotomies*, 147 *cas avaient des calculs au cholédoque et* 43 *n'en avaient pas. Ces* 43 *cas se décomposent ainsi* : 10 *cancers*, 9 *infections biliaires*, 7 *rétrécissements*, 8 *cas de calculs vraisemblablement éliminés depuis peu*, 7 *pancréates*, 1 *cas de blessure accidentelle*, 1 *cas de douves au cholédoque.* Mais les cas sont parfois complexes, avec plusieurs causes : par exemple n° 39 : Calculs vésiculaires, rétrécissement du cholédoque sans calcul et cancer de la vésicule. Nous croyons intéressant, en ces cas, de classer les observations au chapitre cancer, puis au chapitre rétrécissement sans calculs, on ne s'étonnera donc pas d'en voir certaines reparaître deux fois.

a) Cancers des voies biliaires :

Sur les 43 malades opérés sans trouver de calcul au cholédoque, nous relevons donc 10 cas de cancer, cancers des voies principales ou cancers de la vésicule s'accompagnant d'obstruction des voies principales pour diverses causes. Mais il serait puéril de ne pas regrouper avec ces 10 observations sans calcul au cholédoque, 2 observations où des calculs au cholédoque furent trouvés en plus du cancer.

1° Sur 190 cholédocotomies nous avons donc 12 cancers : 6,3 %, dont voici les observations.

a) *Cancers de vésicule : 4 cas.*

N° 39. — Cancer de la vésicule avec confirmation histologique. 700 calculs à la vésicule enlevée, pas de calcul au cholédoque mais rétrécissement avec tête du pancréas induré. Décès au huitième jour par cachexie.

N° 91. — Cancer de la vésicule avec confirmation histologique, nombreux calculs à la vésicule enlevée, pas de calcul au cholédoque mais rétrécissement. Décès le jour même par collapsus (le malade était en plus cirrhotique et tuberculeux fibreux).

N° 138. — Cancer du fond vésiculaire, avec confirmation histologique, cholécystectomie complémentaire. Bile purulente sans calculs. Décès au deuxième jour : choc chez un cancereux infecté.

N° 154. — Cancer du fond de la vésicule, cliniquement certain. Cholécystectomie complémentaire. Aucun calcul à l'opération mais des calculs avaient été évacués avec du pus, par fistule spontanée après empyème. Fistule tarie pendant un an et demi puis reprise avec des crises de type cholédocien par envahissement du carrefour. Partie au quarantième jour ; nous n'avons pu obtenir encore la date du décès.

b) *Cancers des voies biliaires principales : 9 cas.*

N° 22. — Cancer de la fin du cholédoque, cliniquement probable ; rétrécissement, bourgeons. Cholécystectomie : vésicule énorme. Au cholédoque, petits calculs et bile purulente. Décès au cinquième jour.

N° 25. — Cancer de la tête du pancréas, cliniquement certain. Cholécystectomie complémentaire : 50 calculs, mais pas de calcul au cholédoque Cholédoco-duodénostomie. Décès au deuxième

jour en occlusion, par compression du duodénum. Généralisation au foie.

N° 28. — Cancer de l'ampoule de Vater, cliniquement certain. Doco + osto : pas de calculs. Décès au premier jour avec hémorragie intra-intestinale.

N° 58. — Cancer de la fin du cholédoque, cliniquement probable. Doco : pas de calculs mais bile infectée. Ectomie : quelques calculs. Décès au neuvième mois par cachexie progressive.

N° 108. — Cancer des voies biliaires, cliniquement probable. Doco simple : 2 volumineux calculs et fongosités douteuses, probablement néoplasiques. Décès le soir même : hémorragies chez un hépatique. Abcès miliaires nombreux.

N° 150. — Cancer du carrefour, cliniquement et histologiquement certain. Doco : pas de calcul ; Ecto : 1 calcul du bassinet. Décès après cinq mois par cachexie progressive.

N° 158. — Cancer du confluent, cliniquement et histologiquement certain. Doco : pas de calculs. Ecto : calculs de trois époques. Décès au troisième jour par shock chez un cancereux infecté.

N° 159. — Cancer des voies biliaires intrahépatiques, cliniquement certain. Doco + ecto : pas de calculs. Bourgeons néoplasiques dans l'hépatique. Décès au quinzième jour par cachexie progressive. Abcès sur noyaux néoplasiques de la face convexe du foie.

2° Au sujet de ces 12 observations, nous pouvons faire quelques remarques intéressantes, tout d'abord sur le siège des cancers.

Nous trouvons le cancer 4 *fois à la vésicule* : n°s 39, 91, 138 et 154, 2 *fois au niveau du carrefour* : n°s 150 et 158, enfin, 5 *fois vers la fin du cholédoque*, la tête du pancréas ou l'ampoule de Vater : n°s 22, 25, 28, 58, 108 et 1 *fois dans les voies intre-hepatiques* : n° 159. Dans les 4 cas de cancers à la vésicule, les signes cholédociens, avaient été provoqués 1 fois par envahissement du carrefour, 1 fois par rétrécissement, 2 fois par infiltration du pancréas.

3° Sur l'Etat de la vésicule dans les cancers :

a) Eliminons rapidement les 4 *cas de cancers de la vésicule* : les *parois sont bourgeonnantes, indurées* par le néoplasme et par ailleurs plaquées contre les calculs qu'elle contient encore, sinon il reste à l'intérieur un peu de bile purulente. La vésicule n'est

distendue que pour le n° 39 mais du seul fait des 700 calculs qu'elle contient ;

b) *Pour les* 2 *cancers siégeant au carrefour*, nous trouvons chaque fois la *vésicule distendue*, vraisemblablement parce que le néoplasme oblitère le cystique et comme un calcul enclavé en ce lieu provoque semblable dilatation de la vésicule fermée.

Nous notons d'ailleurs qu'en un cas, la vésicule contient des calculs des trois époques, et que, dans l'autre, il y a précisément un calcul du bassinet.

c) *Pour le cancer venu des voies intra-hépatiques*, l'état de la vésicule n'est pas noté, en dehors de ses adhérences. L'hépatique étant pris, bien plus que le cholédoque, l'état de la vésicule, qui se trouve en aval, ne présente guère d'intérêt.

d) *Pour les* 5 *cancers qui nous restent de la fin du cholédoque*, cas véritablement intéressants pour étudier l'état de la vésicule, nous trouvons qu'*une fois seulement la vésicule est rétractée* : n° 108. Elle ne contient cependant pas de calculs, mais au cholédoque, nous en retrouvons 2 assez volumineux.

Dans les 4 *autres cas, au contraire* : n°s 22, 25, 28, et 58 et conformément à la règle classique, *la vésicule est énorme et distendue*, mais chose étrange, *dans* 3 *de ces cas* (n°s 22, 25 et 58) *nous constatons en même temps une lithiase*, siégeant en particulier 2 fois (25 et 58) à la vésicule même, avec de nombreux calculs.

Et *si la lithiase a vraiment précédé le cancer* nous nous demandons *pourquoi elle n'avait pas laissé la vésicule sclérosée*, inextensible, que nous retrouvons presque toujours dans la lithiase, même dans les fortes dilatations cholédociennes.

4° Sur les rapports du cancer et de la lithiase.

La constatation précédente pose donc le problème des rapports : lithiase et cancers.

a) *Dans les* 4 *cancers de la vésicule*, nous trouvons 3 *fois des calculs vésiculaires* : 1 fois 700 calculs, 1 fois de nombreux calculs, 1 fois calculs évacués précédemment par fistule : 3 fois sur 4 (75 %) nous constatons donc l'association évidente du cancer et de la lithiase à la vésicule.

b) *Dans les* 2 *cancers du confluent*, n°s 150 et 158, nous trou-

vons 2 *fois des calculs vésiculaires*, 1 fois des calculs de trois époques, 1 fois 1 calcul du bassinet. Donc association à 100 % de lithiase et cancer.

c) *Dans le cancer des voies intra-hépatiques*, n° 159, avec masses charnue envahissant l'hépatique, nous ne trouvons *pas de calcul. L'origine de ce néoplasme n'est pas fixée*, et il n'a malheureusement pas été fait d'examen histologique.

d) *Dans les* 5 *cancers de la fin du cholédoque*, nous trouvons 4 *fois des calculs* : 2 fois le cholédoque est vide, mais nous retrouvons des calculs à la vésicule ; 2 fois c'est au cholédoque même que nous retrouvons la lithiase ; c'est donc 80 % de concordance entre lithiase et cancer.

Ces concordances répétées sont vraiment impressionnantes, sur l'ensemble des 12 *cas de cancers, nous retrouvons donc* 9 *fois la lithiase évidente* 7 *fois à la vésicule*, 2 *fois au cholédoque*, soit au total dans 75 % *des cas*. Que faut-il donc admettre ?

Nous avons là une fois de plus une preuve du rôle que jouent les inflammations chroniques dans l'apparition des néoplasmes. La lithiase, par les traumatismes qu'elle détermine sur la muqueuse des canaux biliaires, par l'infection qui finit tôt ou tard par se sujarouter, crée de véritables ulcérations qui sont au bout de quelques années le point de départ d'une évolution néoplasique. Nous avons vu souvent des cancers de la vésicule débuter au niveau du bassinet, au contact d'un calcul très ancien enclavé en ce point.

a) *Prenons tout d'abord les cancers de la vésicule* :

Sur 4 *cas, il en est* 2 *où la lithiase semble avoir précédé le cancer* : n°s 39 et 91 : les premières crises sont anciennes (18 ans pour le n° 91), il reste de nombreux calculs et le rétrécissement du cholédoque qui a poussé à la cholédocotomie n'est, semble-t-il, que le témoin des longues migrations calculeuses anciennes. Nous ne parlons pas du n° 138 car il n'y a pas de calculs, bien que l'induration du pancréas puisse également faire songer à une lithiase complètement évacuée. Notons cependant que l'hypothèse d'un cancer primitif est possible car le début ne remonte qu'à trois ans, avec des douleurs sourdes plutôt que des coliques hépatiques.

Pour le n° 154, les premières douleurs ne remontent qu'à deux ans et demi, suivies rapidement de tuméfaction, puis de fistule donnant pus et calculs. *S'agit-il ici de calculs formés après le début du néoplasme* provoquant stagnation et infection de la bile. Nous ne le pensons pas, il s'agissait vraisemblablement de calculs latents, car des calculs de ce volume mettent plus de deux ans à se former.

b) *Examinons maintenant les cancers des voies principales* : le passé ancien des crises et la découverte à l'opération de calculs volumineux (n° 108) et de plusieurs âges (n° 158) ou de sclérose post-inflammatoire de la vésicule (n° 108) ou du défilé pancréatique (n°s 138,158) la situation d'un seul calcul juste au contact du néoplasme, en véritable épine irritative, au bassinet (n° 150), au lieu d'en trouver plusieurs dans toute la zone fermée et infectée en amont, bien des raisons en un mot nous poussent à *considérer que c'est dans la plupart des cas la lithiase qui provoque le cancer.*

Nous devons signaler que dans le cancer associé à la lithiase, nous trouvons facilement la vésicule distendue et non sclérosée comme dans la lithiase simple.

Pourquoi le cholédoque ne s'est-il pas dilaté à peu près seul comme dans une lithiase ordinaire, où nous ne trouvons guère les vésicules distendues contenant en plus de leurs calculs jusqu'à 300 grammes de pus comme au n° 58 (Notons cependant que les conditions mécaniques d'obstruction n'étant pas de même nature, les différences de distension peuvent venir de là : le calcul distend lentement le cholédoque qui se dilate autour de lui, laissant ainsi toujours filtrer la bile tandis, qu'un bourgeon charnu néoplasique peut réaliser une fermeture beaucoup plus brusque, plus hermétique et plus continue, avec distension, de ce fait, poussée à l'extrême sur tout l'arbre biliaire).

Faut-il penser que le cancer peut en certains cas créer les calculs par la stagnation et l'infection qu'il provoque ? Le fait suivant (n° 22) pourrait y faire penser : cancer de la fin du cholédoque, chez un homme de 62 ans, sans antécédents, n'ayant ressenti les premiers troubles que depuis deux ans.

Vésicule énorme, donc sans inflammation ancienne, sans calculs et cholédoque également très dilaté contenant, en suspension dans la bile, des flocons purulents et *de petits calculs en sable*, couleur de charbon. S'agit-il ici de petits calculs en formation secondaires par rapport au cancer ? Nous ne le croyons pas, il s'agit plutôt d'une microlithiase ayant préparé l'évolution du néoplasme. Un cancer marche d'un pas tellement rapide par rapport à la formation des calculs.

D'une façon générale, nous croyons donc que c'est le plus souvent (75 *fois* %) *la lithiase qui par son irritation chronique et par ses traumatismes répétés de la vésicule et des canaux, particulièrement aux points de friction, carrefour et défilé pancréatique, prépare le développement du cancer.* Nous penserions même volontiers que lorsqu'on ne retrouve pas de calculs, il y en a eu autrefois et que toujours le cancer est provoqué par la lithiase.

La fréquence relative (6 %) de cette redoutable complication de la lithiase biliaire nous sera encore une raison pour conseiller aux malades de ne *pas chercher à faire différer l'intervention* en cas de lithiase, et sera pour nous une indication de plus *à pratiquer la cholécystectomie complémentaire* pour éviter l'évolution possible de dégénérescences ultérieures.

5° Les résultats de la cholédocotomie dans les cancers.

Nous insisterons peu, car ils sont trop peu divisés aux chapitres précédents des résultats pour qu'il soit vraiment utile de les regrouper longuement ici.

a) *Aux résultats immédiats avec décès* dans les trois premiers mois, *on retrouvera* 9 *cancers sur* 12, *avec des décès particulièrement rapides, tous dans les quinze premiers jours* : 3 au premier jour (1 choc, 2 hémorragies), 2 au deuxième jour (1 choc, 1 occlusion) 1 au troisième jour (choc), puis 3 décès par cachexie accélérée au cinquième, huitième et quinzième jour.

b) Le n° 154 n'a pas été classé aux résultats, car nous n'avons pu obtenir sur lui aucun résultat après le départ d'hôpital.

c) Aux résultats éloignés, chapitre des troubles graves, on re-

trouvera les *deux derniers cas*, car le *décès s'est produit au cinquième et au neuvième mois.*

De tels résultats nous poussent à poser deux questions :

1. *Pourquoi ces malades meurent-ils de cachexie accélérée presque tous dans les quinze jours* lorsqu'une autre complication ne les a pas emmenés encore plus rapidement : ils sont particulièrement affaiblis, mais surtout *la persistance de l'obstacle, après cholédocotomie, semble transformer en déperdition biliaire totale une obstruction qui n'était pas complète.* Du jour où la fistule biliaire détourne la bile, la pression tombe, le prurit si pénible diminue, mais les forces faiblissent encore, car, sans pression pour forcer l'obstacle, la bile ne passe plus du tout dans l'intestin et la dénutrition s'aggrave.

2. *Pourquoi 2 malades ont-ils échappé à la mort rapide observée chez tous les autres.*

Pour le n° 58, nous dirons que le *diagnostic de cancer n'était pas absolument certain* . l'exploration des voies biliaires avait montré une énorme vésicule, avec 300 grammes de pus et quelques calculs puis un hépato-cholédoque plein de bile infectée et décolorée, avec obstacle de la portion pancréatique pourtant franchi avec catheter. Pancréas épaissi et induré ; pas d'examen histologique. *On pensa à un cancer, mais l'évolution* (amélioration considérable et départ après deux mois, presque guéri : ictère très diminué, selles recolorées, fièvre tombée, état très amélioré, fistule tarie ; puis réapparition des troubles et cachexie progressive jusqu'au neuvième mois) *fait penser à la possibilité d'un pancréatite avec récidive de rétrécissement* à ce niveau.

Pour le n° 150, cancer du carrefour, avec 1 calcul du bassinet, disparition immédiate des douleurs mais affaiblissement progressif à dater de l'opération et *décès au cinquième mois*, nous pensons *qu'il a survécu plus longtemps* que la plupart des cancéreux *car il est venu plus tôt, en raison des phénomènes douloureux dus à son calcul du bassinet.* La nature de l'épaississement, inflammatoire ou cancéreuse, était encore douteuse à l'intervention, c'est l'histologie qui en précisa le caractère néoplasique.

On voit donc que *sauf 1 cas, où le cancer est douteux, et sauf 1 autre cas où le cancer fut surpris à son début en raison de* phénomènes douloureux dus à un calcul du bassinet, *tous les cancers cholédocotomisés sont décédés avec une étonnante rapidité dans les quinze premiers jours* et presque tous sans cause bien définie autre que le choc ou une cachexie accélérée.

Pour des raisons qui nous échappent encore, la gravité opératoire est considérable dans les cancers des voies biliaires, quelque minime que soit l'intervention ; c'est là un fait qui ressort de nos observations et qui a bien été mis en lumière par Mayo.

Comme il est impossible le plus souvent de savoir avant une intervention s'il s'agit d'un cancer des voies biliaires ou de lithiase, il ne faut pas refuser aux malades les chances d'une laparotomie exploratrice, mais si au cours de l'intervention on trouve un néoplasme, il faut savoir s'abstenir, à part les cas heureux où la possibilité d'une cholécystogastrostomie permettrait une amélioration temporaire.

B) Pancréatites sans calculs du cholédoque : 10 cas.

Nous n'avons pas voulu ajouter ici les cas de pancréatite coexistant avec des calculs du cholédoque qui vraisemblablement les avaient provoqués, par irritation constante, mécanique et infectieuse. Nous n'analyserons que les 10 cas sans calcul trouvé au cholédoque au moment de l'intervention.

Signalons qu'aux pancréatites nous n'avons retenu que les cas où l'état inflammatoire de la glande paraissait net, par induration ou augmentation de volume. Nous avons renvoyé plus loin, à rétrécissements du cholédoque ou biles anormales, les cas où le pancréas ne semblait pas, avec assez d'évidence, avoir provoqué ou entretenu les troubles cholédociens.

1° *Observations* :

Sur ces 10 cas de pancréatite ainsi retenus, nets et sans calcul au cholédoque, nous retrouvons 5 fois des calculs à la vésicule et 5 fois pas de calculs nulle part.

a) Pancréatites avec calculs a la vésicule : 5 cas.

N° 39.— *Doco + ectomie* : cancer de la vésicule avec 700 calculs. Pas de calcul au cholédoque, mais rétrécissement perméable. Décès au huitième jour, avec persistance de phénomènes infectieux. Autopsie : tête du pancréas très dure avec rétrécissement extrinsèque du cholédoque en sablier.

N° 101. — *Doco + ectomie* : nombreux calculs vésiculaires, cholédoque dilaté sans calcul, masse volumineuse indurée à la tête du pancréas. Petite fistule persiste trois mois, mais reprend poids jusqu'à 20 kilos et guérison parfaite.

N° 132. — *Doco + ostomie* : 12 calculs à la vésicule, épaissie Cholédoque dilaté, tête du pancréas grosse et indurée. Amélioration rapide et guérison parfaite.

N° 171. — *Doco + ectomie* : nombreux calculs à la vésicule. Cholédoque un peu dilaté. Induration diffuse de la tête du pancréas. Guérison parfaite.

N° 180. — *Doco + ectomie partielle.* Ancienne cholécystectomie partielle, avec calcul à la première opération. Troubles et fistule persistante. Cholédoque dilaté. Tête du pancréas dure et volumineuse. Cathétérisme du cholédoque et ablation du moignon vésiculaire restant. Bons résultats.

b) Pancréatites sans calculs meme a la vésicule : 5 cas.

N° 21. — *Doco + ectomie.* Vésicule petite, rétractée, adhérences, crises anciennes mais rares datant : 1 de dix ans, 1 de trois ans. 1 de deux mois, 1 de trois jours, avec syndrome cholédocien fruste : subictère, matières un peu décolorées, vomissements. Au cholédoque, bile sirupeuse, paraissant un peu infectée. La tête du pancréas est un peu indurée ; on cathétérise pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un calcul enclavé. Résultats parfaits par la suite.

N° 41. — *Doco simple.* Vésicule normale, gros cholédoque, pancréatite chronique. Décès au vingt-cinquième jour, par cachexie progressive.

N° 77. — *Doco simple.* Etat de vésicule non noté. Enorme dilatation du cholédoque, pancréas volumineux, sans cancer, ayant réduit beaucoup le calibre du cholédoque intrapancréatique. Décès dans la nuit par hémorragie dans le clivage de l'énorme poche cholédocienne.

N° 151. — *Doco + ectomie*: Vésicule étranglée par des adhérences et montrant un diverticule d'origine inflammatoire. Cholédoque un peu dilaté, légère induration de la tête du pancréas, cathétérisme impossible. Les douleurs ne se sont atténuées que peu à

peu : la guérison s'est cependant faite progressivement depuis trois ans.

N° 162. — *Doco simple.* Grande vésicule épaissie et flasque, cholédoque dilaté. Angiocholite infectieuse à point de départ pancréatique probable. En plus, ascite, cirrhose. Décès au dixième jour par affaiblissement progressif.

Sur ces 10 observations de pancréatite sans calculs au cholédoque, nous remarquerons :

2° *Rapports de ces pancréatites et de la lithiase* :

Dans 5 *cas sur* 10 *nous retrouvons des calculs à la vésicule*, dans 4 cas ils sont nombreux, dans 1 cas nous en trouvons même 700.

Dans les 5 *autres cas, s'il n'y a pas de calculs à la vésicule, il semble bien du moins qu'il y en a eu, au moins dans* 3 *cas sur* 5 : n°s 21, 151, 162, car nous y retrouvons la vésicule rétractée, épaissie entourée d'adhérences que nous avons coutume de rencontrer dans la lithiase.

Pour 1 cas n° 77 nous ne trouvons pas noté l'état de la vésicule, et pour le n° 41 seul nous trouvons la vésicule normale.

Nous croyons donc, que, *sauf rares exceptions, la pancréatite est provoquée par l'irritation répétée des migrations calculeuses.* Dans la moitié des cas, nous retrouvons la lithiase encore évidente, dans l'autre moitié, la pancréatite semble marquer les traces d'effraction de calculs complètement évacués, dont nous retrouvons encore les traces en leur lieu d'origine, la vésicule rétractée.

3° *Résultats de la cholédocotomie dans ces pancréatites* :

a) Nous remarquons que *les résultats sont différents, selon que nous avons ou n'avons pas trouvé de calculs à la vésicule.*

Les 5 *cas avec calculs a la vésicule*, nous donnent 1 décès au huitième jour, par persistance des accidents infectieux et 4 bons résultats, dont 3 absolument parfaits.

Les 5 *cas sans calculs à la vésicule*, nous donnent 1 seul résultat parfait, 1 autre bon résultat et 3 décès rapides, au premier, dixième, et vingt-cinquième jour, l'un par hémorragie, les 2 autres par affaiblissement progressif.

Pourquoi les résultats sont-ils moins bons (60 % de décès, au lieu de 20 %) *lorsque nous ne trouvons pas de calculs à la vésicule* ?

Est-ce parce qu'il s'agirait plus volontiers en ces cas de *lésions plus invétérées, plus tenaces* que celles où on retrouve encore des calculs, car en ce dernier cas les malades auraient pu venir sous le coup de fouet d'irritation transitoire d'une récente migration ? *En un groupe les lésions se comporteraient comme si elles étaient inflammatoires, dans l'autre cicatricielles.*

Il y a plutôt lieu de penser que comme il ne s'agit pas de pancréatite d'origine calculeuse, on se trouve en présence de pancréatite plus diffuse, entraînant des accidents d'insuffisance pancréatique beaucoup plus graves, et altérant plus profondément l'état général. Dans la lithiase les lésions pancréatiques sont localisées au voisinage du cholédoque, laissant la plus grande partie de la glande intacte.

b) *Comment meurent ces pancréatites* ? Nous venons de noter 1 décès le soir même, par *hémorragie* dans le clivage d'une énorme poche cholédocienne et 1 décès au huitième jour par *persistance des accidents infectieux.* Mais nous relevons surtout les 2 autres décès au dixième et vingt-cinquième jour, par *affaiblissement progressif.* Il semble bien que, comme nous l'avons noté aux cancers, l'*obstacle n'étant pas levé et la fistule biliaire supprimant toute pression en amont, la bile ne franchit plus du tout l'obstacle jusqu'alors incomplet.* D'où déperdition biliaire grave, rapide dénutrition, s'ajoutant à l'état précaire avant l'opération, puisque, contrairement à notre habitude, chez 3 de ces malades sur 4, nous nous sommes contentés d'une cholédocotomie simple, sans toucher à la vésicule. Chez les 6 malades qui ont guéris, nous avions, au contraire, 1 fois incisé et 5 fois enlevé la vésicule.

c) *Comment guérissent les pancreatites. Tout dépend semble-t-il de la chronicité des lésions.* En effet, sur 6 guérisons, nous comptons 4 résultats parfaits et 2 assez bons.

α) *Les 4 résultats parfaits obtenus très rapidement* sont tous des cas où la pancréatite observée venait semble-t-il de subir une *recrudescence par migration recente* de calcul car aux nos 101,

132 et 171, on retrouve encore des calculs à la vésicule. Pour le n° 21, on ne retrouve pas de calcul à la vésicule, mais il semble manifeste qu'elle vient d'évacuer un dernier calcul, très peu de jours avant l'intervention. Pour les 3 cas précédents, l'ablation des calculs par incision (1 cas) ou ablation (2 cas) de la vésicule mit fin à de nouvelles poussées.

β) *Les 2 autres résultats qui sont moins bons*, se trouvent être *tous 2 chez des malades semblant avoir conservé une pancréatite durable, après disparition déjà ancienne de migrations calculeuses* : n° 151 et n° 180. Chez ces malades, la *guérison moins parfaite ne s'est réalisée que progressivement*, l'opération n'ayant en somme pu modifier qu'assez peu l'état antérieur.

4° *Nous pouvons donc conclure* :

Lorsqu'à l'intervention, ne trouvant pas de calcul au cholédoque, nous constatons une pancréatite pour expliquer les troubles cholédociens, nous *pouvons presque prévoir l'évolution selon qu'il existe encore ou non des calculs à la vésicule.*

a) *S'il y a encore des calculs dans la vésicule*, la pancréatite est d'origine calculeuse, l'ablation des calculs et, si possible, de la vésicule assurera une *guérison presque certaine, rapide et excellente.*

b) *S'il n'y a pas de calculs dans la vésicule*, les troubles cholédociens tiennent à des lésions *pancréatiques* que l'opération ne pourra guère améliorer, *Les guérisons sont plus rares, plus trainantes et de moins bonne qualité.*

Les lésions du pancréas se comportent en un mot comme si elles étaient :

a) *Avec calcul ; inflammatoires et regressives.*

b) *Sans calculs ; parenchymateuses, plus étendues et plus graves.*

C) Rétrécissements ou infiltrations pariétales des voies biliaires : 11 cas.

Nous ne retiendrons ici que les cas sans calculs au cholédoque et sans lésions voisines de cancer ou de pancréatite nette pro-

voquant le rétrécissement, tous ces cas-là ayant été vus précédemment. Ainsi définis nous trouvons 11 cas de rétrécissement ou épaississement, et, comme pour les pancréatites, nous les diviserons en 2 classes selon que nous trouverons ou non des calculs à la vésicule.

1° *Observations* :

a) Rétrécissements avec calculs a la vésicule : 5 cas.

N° 4. — *Doco + ostomie* : nombreux calculs à la vésicule, rétractée. Cholédoque paraît injecté à la paraffine. Boue, sans calculs. Résultats parfaits de vingt-et-un ans, bien que pendant dix ans la malade ait été en crises subintrantes, avec ictère presque continu.

N° 36. — *Doco + ectomie* : pus et 10 calculs à la vésicule, qui se rompt dans libération d'adhérences. Cholédoque épaissi, non dilaté. Décès au troisième jour : duodénum comprimé par des compresses. Pas de péritonite.

N° 72. — *Doco + ostomie* : 7 calculs à la vésicule. Cholédocotomie retro et intrahépatique, mais voies biliaires très épaissies et sténosées, rendant impossible le drainage de l'hépatique. Persistance des troubles et décès par cachexie après deux mois.

N° 91. — *Doco + ectomie* : nombreux calculs à la vésicule. Lumière du cholédoque rétrécie en un point : Cathétérisme laborieux du bout supérieur puis bile abondante. Décès le soir même en collapsus. Cancer probable de la vésicule. Cirrhose. Sommet induré. Artère hépatique diminuée de moitié de son calibre, par des adhérences serrées, à sa pénétration dans le hile.

N° 166. — *Doco + ectomie* : calculs enclavés du cystique, près du confluent et se trouvant obturer ainsi partiellement le cholédoque, accolé au cystique par des adhérences serrées. Boue au cholédoque. Guérison parfaite, bien qu'opéré en état très grave.

b) Rétrécissements sans calculs a la vésicule : 6 cas.

N° 23. — *Doco + ectomie.* Vésicule scléreuse. Cholédoque épaissi et dilaté, pus. Cathétérisme. Décès au deuxième jour avec 39°5 et 140. Les crises dataient de douze ans, de moins en moins douloureuses, mais matières décolorées depuis deux ans et 38°5 à l'entrée.

N° 55. — *Doco simple.* Vésicule rétractée, épaissie. Anomalie du cystique qui descend jusqu'au pancréas, cholédoque très étroit, impossible de placer un drain dans bout inférieur. Ictère

ancien mais assez bon état général. Amélioration pendant six mois : prurit diminué. Puis décline à nouveau progressivement : ictère, cachexie et décès après un an.

N° 111. — *Doco + ectomie.* Vésicule rétractée, épaissie, en symphyse. Lumière du cholédoque très réduite par épaississements inflammatoires. Ictère considérablement diminué après l'opération. N'a plus de fièvre. Reprend forces et appétit dès le deuxième mois. Guérison parfaite de cinq ans, malgré l'atrésie constatée à l'opération.

N° 144. — *Doco + ectomie.* Avait déjà été opérée un an avant par autre chirurgien. Restait avec 38 à l'entrée, teint terreux sans ictère. Vésicule en symphyse, avec vice de position. Cholédoque à parois épaisses et dilatées, exploration négative. Guérison parfaite de trois ans.

N° 163. — *Doco + ectomie* : Vésicule adhérente, scléreuse et épaissie. Cholédoque du volume de l'index, à parois très épaissies : exploration par ailleurs négative: impression de lithiase évacuée tout récemment.

N° 169. — *Doco simple.* Vésicule atrophiée, particulièrement adhérente au duodénum, fistule cholécysto-duodénale qu'on supprime. Bloc inflammatoire au niveau du confluent, par lithiase ancienne probable. Rétrécissement de la voie principale à ce niveau qu'on dilate à la pince. Guérison parfaite de deux ans.

Sur ces 11 observations de rétrécissements sans calcul au cholédoque, nous remarquerons :

2° *Localisation des infiltrations pariétales et rétrécissements.*

a) *En* 3 *cas les lésions sont très limitées*, 2 *fois au voisinage du carrefour* : n°s 166 et 169, par bloc inflammatoire périlithiasiques, 1 *fois près du hile*, par les adhérences qui enserraient également l'artère hépatique.

b) *Dans les* 8 *autres cas, il s'agit de lésions plus étendues.* Pour le n° 55, à côté d'*une anomalie* du cystique, nous trouvons un cholédoque étroit, sans épaississement, mais *dans les* 7 *derniers cas, nous trouvons les parois cholédociennes épaissies* sur tout le trajet et *c'est cet épaississement inflammatoire qui*, réduisant la lumière du canal, *crée le rétrécissement*, soit sur tout le trajet du cholédoque (n°s 36, 72, 111) soit au niveau seulement du

pancréas inextensible, le reste du cholédoque s'étant dilaté malgré ses parois épaissies (nos 4, 23, 144, 163).

3° *Rapports des rétrécissements avec la lithiase*

a) *Dans les* 5 *cas où nous retrouvons des calculs à la vésicule, le rôle de la lithiase est évident.* Dans un de ces cas, les calculs enclavés du cystique (n° 166) obturent partiellement le cholédoque auxquelles des adhérences tiennent le cystique étroitement accolé.

Et dans les 4 autres cas, les parois sont épaissies probablement pour avoir été irritées par des migrations précédentes.

b) *Dans les* 6 *cas où nous ne retrouvons pas de calculs à la vésicule, il semble bien qu'il y en a eu à des dates encore peu éloignées* : dans tous les cas nous retrouvons la *vésicule rétractée, avec des parois épaissies*, manifestement infectée, et entourée d'adhérences. Pour le n° 169 en particulier il n'y a plus de calcul, mais la similitude de ce bloc inflammatoire localisé avec celui du n° 166 qui a encore ses calculs, est véritablement frappante. Peut-être pourrions-nous avoir des doutes seulement pour le n° 55. Si nous trouvons une vésicule épaissie, rétractée, nous trouvons une anomalie congénitale du cystique et le cholédoque étant simplement étroit, sans épaississement, peut-être devons-nous songer à une malformation congénitale, tout aussi bien qu'à une infection d'origine lithiasique.

De façon presque régulière, les rétrécissements nous semblent donc provoqués par la migration des calculs, et entretenus par ces irritations mécaniques ou par l'état infectieux qui s'y maintient si l'on n'intervient pas.

4° *Résultats de la cholédocotomie sur les rétrécissements*

Sur 11 opérés, nous avons 5 décès plus ou moins rapides et 6 guérisons. C'est donc un *pourcentage de guérison bien inférieur à celui des cholédocotomies en général.*

a) *Comment meurent les rétrécissements* ?

Nous ne nous arrêterons guère aux 3 *décès survenus très rapide-*

ment : l'un au premier jour par collapsus chez un malade ayant de nombreuses tares différentes (cancer, tuberculose, rétrécissement de l'artère hépatique) ; un autre au deuxième jour : infecté grave ; et le dernier mort par complication accidentelle : compression du duodénum par des compresses. *Les causes de leur mort ne sont pas en rapport bien direct avec leur rétrécissement.*

Mais les deux derniers morts sont bien plus intéressants ; *car c'est le rétrécissement qui a directement provoqué leur décès.* Le n° 112 est mort *après deux mois, par persistance des accidents infectieux, le drainage n'ayant pu s'exécuter correctement en raison de l'atrésie* du cholédoque.

Et pour le n° 55, après une *amélioration notable des six premiers mois* (diminution surtout de l'ictère et du prurit), il semble bien qu'*après cette date le rétrécissement se soit reproduit, et plus serré qu'avant*, entraînant une cachexie progressive et la *mort au bout d'un an.* (Notons que c'est le cas où l'infection lithiasique semblait peut-être moins plausible qu'une *malformation congénitale*, malformation que l'opération n'a peut-être fait qu'aggraver ultérieurement).

b) *Comment guérissent les rétrécissements* ?

Il semble qu'après avoir passé les tout premiers jours critiques, ils *guérissent tout à fait bien, lorsque leur origine étant nettement inflammatoire* (comme c'est le cas pour tous, sauf pour le n° 55 que nous venons de voir)*ils ont pu être drainés correctement et débarrassés du principal foyer d'irritation et d'infection, la vésicule et ses calculs.*

Pour les uns en effet, à rétrécissement limité, l'opération lève facilement l'obstacle : ablation des calculs du cystique comprimant indirectement le cholédoque n° 166 ; ou bien dilatation de la sténose peu étendue (n° 169).

Et pour les autres où le rétrécissement plus étendu semble dû simplement à l'épaississement inflammatoire des parois qui diminue la lumière du cholédoque, il semble qu'*une très rapide régression se produise dès qu'on a pu drainer*, puisque nous n'observons pas ici ces décès par cachexie progressive de dénutri-

tion que nous avons signalé chez les cancers et pancréatites les plus tenaces, après la chute de pression biliaire en amont de l'obstacle. *Il semble qu'une rapide décongestion de la muqueuse ou une rapide régression des phénomènes inflammatoires des parois épaissies redonne au canal une meilleure perméabilité.*

En tout cas, *les résultats ultérieurs semblent, plus souvent qu'ailleurs, parfaits lorsque le drainage a pu être correct et lorsqu'on a supprimé toute nouvelle cause d'irritation et d'infection ablation des calculs et le plus souvent possible de la vésicule.* Sur les 6 guérisons, ayant toutes de parfaits résultats, nous relevons 4 cholécystectomies (nos 111, 144, 163, 166), 1 cholécystostomie (no 4) et une cholédocotomie simple (no 169), la vésicule n'ayant pas été enlevée en ces 2 cas parce que très adhérente.

D) Infections biliaires. Biles boueuses, épaisses ou purulentes : 6 cas.

Si nous voulons compter tous les cas où, sans calcul véritable au cholédoque, nous y avons trouvé des biles anormales, nous devons retenir 10 cas. Mais 4 de ces cas ont déjà été notés aux chapitres précédents, car d'autres lésions avaient été signalées, 1 fois pancréatite, 3 fois rétrécissements.

Il ne reste donc que 6 cas où l'état anormal de la bile soit la seule lésion signalée.

1o *Observations de bile anormale*

a) Bile anormale, avec calculs a la vésicule : 3 cas

No 117. — *Doco + ostomie* : 4 calculs à la vésicule. Cholédoque dilaté, bile infectée. Décès brusque au dix-neuvième jour, alors que tout allait bien. Côlon distendu, sans exsudats. Un peu de congestion des bases. Embolie probable.

No 141. — *Doco + ectomie* : nombreux calculs à la vésicule. Cholédoque dilaté : boue noirâtre. Décès au troisième jour avec 39. Pouls mauvais. Les crises dataient de trente ans, amaigrissement de 15 kilos dans la dernière année et état général très touché Infecté grave.

N° 152. — *Doco + ectomie* : 3 calculs au cystique. Cholédoque : bile épaisse, gommeuse, par propagation de l'infection de la vésicule lithiasique. Guérison de trois ans, mais incomplète : quelques troubles douloureux et digestifs.

b) Bile anormale, sans calculs a la vésicule : 3 cas.

N° 68. — *Doco simple.* Vésicule atrophiée. Cholédoque. très dilaté, bile infectée, angiocholite grave paraissant cliniquement calculeuse. Les accidents continuent malgré drainage. Décès au neuvième jour.

N° 128 — *Doco simple.* Vésicule rétractée en symphyse. Cholédoque dilaté : bile boueuse et purulente ; peut-être y a-t-il quelque calcul, mais en raison de l'état précaire on écourte l'opération qu'on avait hésité à commencer. Emmenée le lendemain par sa famille, la malade a dû décéder très rapidement.

N° 184. — *Doco + ectomie partielle.* La malade avait été opérée un an plus tôt par un autre chirurgien : cholécystostomie. Il persistait une fistule biliaire. On ne peut enlever toute la vésicule, trop adhérente au foie. Symphyse totale de la région. Au cholédoque, bile purulente et très petits calculs en escarbilles, minuscules, mais les adhérences empêchent une opération parfaite. La fistule persiste encore un peu après dix mois, mais pas d'ictère, matières colorées, repris 15 kilos. On ne veut pas réintervenir pour le moment en raison des difficultés opératoires.

c) Ajoutons les 4 observations retenues aux chapitres, précédents :

Aux pancréatites : n° 21 : bile infectée (sans calcul à la vésicule qui est rétractée, ecto).

Aux rétrécissements : 3 cas.

N° 4 : boue au cholédoque, avec calculs à la vésicule, osto.

N° 166 : boue au cholédoque, avec calculs à la vésicule, ecto.

N° 23 : pus au cholédoque, sans calculs à la vésicule, ecto.

Si nous étudions l'ensemble de ces 10 observations de biles anormales, sans calculs, nous constatons :

2° *Rapports avec la lithiase*

On sait que l'*infection biliaire semble passer par trois stades* infection aiguë avec pus ou bile purulente, puis infection atté-

nuée avec précipitation de boue, enfin infection chronique avec condensation de la boue en calculs. Mais au cours de cette dernière phase, de nombreuses *périodes de réactivation* peuvent se produire où des infections secondaires repassent elles-mêmes par les trois stades précédents. Nous pourrions donc trouver un stade pur du début ou un état complexe d'infection secondaire, avec association de pus ou de boue à des calculs anciens.

Il semble bien que *dans nos* 10 *observations il s'agisse toujours de biles anormales au cours d'une réactivation d'infection ancienne*, d'après le passé déjà ancien des crises et d'après les constatations opératoires qui nous donnent 5 *fois des calculs à la vésicule* et *nous montrent dans les* 5 *autres cas, une vésicule rétractée*, entourée d'adhérences, manifestement infectée de longue date.

Dans les 10 *cas l'état anormal de la bile semble donc provoqué par une lithiase ancienne*, complètement ou incomplètement évacuée à l'intervention, et son état d'infection plus ou moins aiguë, s'est maintenu au cholédoque par les *lésions de rétrécissement ou de pancréatite* que 4 fois nous avons noté et que 6 fois nous n'avons pas retrouvé signalées car elles devaient être moins évidentes, bien qu'elles aient dû exister, elles seules pouvant expliquer l'*état de dilatation* au cholédoque, relevé partout. Notons d'ailleurs qu'en plusieurs cas, et particulièrement aux nos 128 et 184 l'état précaire des malades ou les difficultés opératoires, n'ont pas permis de faire une opération qu'on puisse certifier complète.

3° *Résultats de la cholédocotomie*

Ils sont *très variables selon le degré d'infection de la bile* : *les* 2 *cas de bile épaisse, sirupeuse* (forme chronique peu virulente) *ont donné deux guérisons*, alors que 4 *cas de boue ont donné* 2 *décès* (50 %) et que 4 *cas de bile purulente ont donné* 3 *décès* (75 %).

a) *Comment se sont faits ces décès* ? Dans tous ces cas il s'agissait d'infectés anciens, en période souvent grave et pro-

longée de réinfection. Les 5 décès ont été *extrêmement rapides*, au 2e, 3e, 5e, 9e et 19e jour ; les 4 premiers par choc ou persistance des accidents infectieux graves, le dernier par brusque décès, peut-être d'embolie, chez un malade nettement en voie de guérison.

La gravité de ces cas provient de ce qu'il s'agit d'infections biliaires non localisées à l'hépato-cholédoque mais remontant très haut dans l'arbre biliaire ; on se trouve en face de foies infectés, avec insuffisance hépatique et le drainage arrive trop tard. Dans la lithiase les accidents infectieux sont longtemps locaux, alors qu'ici il s'agit d'infections étendues aux branches fines intra-hépatiques.

b) *Comment ont guéri les autres malades* ?

Les 2 *malades à bile épaisse, sirupeuse, ont guéri*, le n° 21, parfaitement malgré l'induration du pancréas, et le n° 152 moins bien, avec persistance de quelques troubles douloureux et digestifs atténués, après ablation de la vésicule dans les 2 cas et ablation de calculs vésiculaires pour le n° 152.

Deux malades à boue biliaire (*sur* 4) *ont guéri parfaitement*, le n° 4 avec guérison de vingt et un ans après ablation de calculs vésiculaires et cholécystostomie, le n° 166 après ablation de calculs du cystique et cholécystectomie.

Enfin 1 *malade sur* 4, *opéré avec bile purulente*, n° 184, *se trouve encore actuellement*, 1 *an après l'operation, avec une fistule intermittente.* L'opération particulièrement difficile, c'était une réintervention, gênée par une symphyse totale, n'a peut-être pas été parfaite mais le transit biliaire paraît cependant actuellement assez satisfaisant et la malade a repris 15 kilos.

E) Blessure accidentelle du cholédoque : 1 cas.

Blessure du cholédoque au cours d'une cholécystectomie, par suite de l'énorme dilatation du cystique modifiant les rapports de la région :

N° 49. — Malade opéré après une dernière crise à 40 degrés. Vésicule rétractée, épaissie, continuée sous un foie mal luxable

par un boyau bosselé de gros calculs. Croyant sectionner le cystique qui a disparu dans cette dilatation, on sectionne le cholédoque et on blesse l'artère hépatique.

Ictère et température augmentent dès le lendemain.

Décès au cinquième jour, avec 40 degrés et 140.

F) Douves du cholédoque : 1 cas.

N° 143. — Crises hépatiques anciennes et répétées, avec parfois type cholédocien : frisson, subictère, matières décolorées. Assez bon état général. Grosse vésicule distendue, sans calcul, pancréas induré, cholédoque distendu à parois épaissies, cholécystectomie, puis cholédocotomie : 10 douves sont retirées, dont l'une localisée dans la traversée pancréatique. Grandes douves: fasciola hepatica, et quelques œufs dans la bile. Guérison rapide. Trois ans après, les bons résultats se maintiennent: a repris 14 kilos sur 19 perdus. Bon état général ; mais il persiste de légères douleurs hépatiques, par adhérences probablement, et quelques troubles digestifs, crampes et ballonnement nécessitant un régime. (Pour plus de détails, voir le *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1922.)

G) Lithiase récemment évacuée ou observations incomplètes : 5 cas.

Dans ce dernier chapitre, nous faisons rentrer les 5 seuls cas où rien d'anormal n'a été retrouvé noté au cholédoque ouvert, en dehors de sa dilatation, qui, avec l'histoire clinique, avait poussé à l'inciser : pas de pancréatite, pas de rétrécissement intrinsèque, pas de bile anormale signalés dans l'observation.

N° 32. — *Doco + ectomie* : 10 calculs à la vésicule. Cholédocotomie négative : pourtant bien histoire clinique (ictère, douleurs, selles décolorées, 40 à l'entrée). Décès au cinquième jour avec 40, et 140. Choc d'infecté grave.

N° 38. — *Doco + ostomie* : 42 calculs à la vésicule. Cholédoque du volume du petit doigt. Cathétérisme : bile claire, non infectée, avait eu 38 à l'entrée, et il y a trois mois, ictère, prurit et matières décolorées. *Suture du cholédoque* à 2 plans et drainage par vésicule. Après *quinze jours assez mauvais*, rapide amélioration, selles colorées, mais *fistule persiste un an*.

N° 53. — *Doco + ostomie* chez un malade opéré deux ans avant

par un autre chirurgien (cholécystostomie pour empyème) et ayant gardé fistule depuis. Antérieurement, migration de calcul vers la fosse iliaque par voie sous-péritonéale, après perforation probable du pancréas. Opéré la deuxième fois en état extrêmement grave d'angiocholite ascendante. Décès au vingtième jour par persistance des accidents infectieux.

N° 87. — *Doco + ectomie* : nombreux calculs à la vésicule. Cholédoque dilaté, avec gaine inflammatoire. L'évacuation a dû se produire, les lésions anatomiques impliquant une lithiase cholédocienne. Cirrhose et ascite, ponctions répétées. Départ après trois mois. Les résultats n'ont pu être suivis.

N° 97. — *Doco simple* : Etat de vésicule non noté. Dilatation du cholédoque. Bon résultat de six ans. Mais récidive de troubles gastriques et de crises après cinq ans. Maigrit à nouveau.

Dans ces 5 cas, l'*histoire clinique étant bien celle de calcul cholédocien* et l'*inspection du cholédoque n'ayant guère révélé que sa dilatation*, nous pensons qu'il *peut s'agir de lithiase récemment évacuée*. D'autant plus que 4 fois la lithiase des voies biliaires est incontestable : 3 fois nous retrouvons encore des calculs nombreux à la vésicule, et 1 fois une migration curieuse sous-péritonéale a été observée. Mais il faut aussi remarquer que ce dernier chapitre étant en somme le reliquat des autres, celui où aucune cause nette des accidents actuels n'a été relevée avec certitude, *peut-être bien renferme-t-il quelques observations incomplètes*, soit parce que l'opération n'a pu être parfaite en raison de l'état général, soit parce qu'un détail a pu être omis dans la dictée du compte rendu opératoire. Nous pensons donc qu'il serait vain de vouloir rien conclure sur ces cas. Notons seulement que 2 décès se sont produits chez des opérés en état d'infection extrêmement grave ; 1 malade grave n'a pu être suivi et les 2 autres opérés ont guéri, mais imparfaitement. Signalons le n° 38, particulièrement intéressant : en présence de l'état normal de la bile cholédocienne, on *suture le cholédoque*, or, dans *les quinze premiers jours, l'état fut assez alarmant*, et par la suite, une fistule persista un an. Peut-être bien quelque obstacle plus bas situé avait-il été méconnu, mais il se pourrait que ces troubles aient été en partie provoqués par le rétrécissement qui a pu suivre, dans les premiers temps, la suture cholédocienne.

§ 2. — RÉCIDIVES ET LEURS CAUSES

La plupart de nos récidives, légères ou graves, n'ayant pas été réopérées, nous ne pouvons en général qu'établir des hypothèses sur les causes de récidives. Aussi devons-nous nous aider de tous les renseignements cliniques obtenus et de toutes les constatations opératoires que nous avons pu faire. Avant d'aborder les récidives de troubles cholédociens de nos résultats éloignés, nous étudierons donc toutes les constatations positives faites sur l'une des causes les plus importantes de récidives : l'oubli des calculs. Pour traiter complètement ce point et pour voir avec quelle facilité ces oublis peuvent se produire, nous rechercherons tous les cas, décédés ou suivis, chez lesquels nous avons pu laisser des calculs du cholédoque, soit à canal ouvert, soit à canal non incisé.

Nous aurons donc à ce chapitre deux paragraphes :

a) *Les calculs méconnus du cholédoque* ;
b) *Récidives de troubles cholédociens.*

I. — Les calculs méconnus du cholédoque

Ayant été frappés du *nombre assez notable de récidives de crises* observées après cholédocotomies, nous nous sommes demandé *à quelle cause* il convenait de les imputer : oubli de quelque calcul, précipitation de nouvelles concrétions, persistance ou formation tardive de rétrécissements intrinsèques ou extrinsèques. Pour apprécier *avec quelle facilité peuvent être méconnus des calculs du cholédoque, nous avons revu en ce sens toutes nos observations de cholécystostomie, cholécystectomie et*

cholédocotomie et nous avons relevé ici toutes les observations où des calculs du cholédoque ont pu être méconnus.

On verra par là, *quelles difficultés* il peut y avoir à percevoir certains calculs à *cholédoque fermé*, et à tous les découvrir *à cholédoque ouvert.*

A) Calculs méconnus au cholédoque non ouvert : 7 cas.

Ces calculs, non perçus au cholédoque au cours d'une cholécystostomie ou cholécystectomie, ont été retrouvés plus ou moins longtemps après, *au cours d'une cholédocotomie secondaire, ou sur la table d'autopsie* car il s'agissait en plusieurs cas de malades opérés rapidement parce que très gravement infectés.

1° Calculs retrouvés a l'autopsie : 3 cas.

Notons que dans les 3 cas, en raison de l'état presque désespéré des malades à leur arrivée, on n'avait pratiqué qu'une ostomie de sauvetage, réservant à plus tard l'exploration du cholédoque si les circonstances l'avaient permis.

Osto n° 39. — Infecté grave. 38, 110. Osto rapide pour vésicule rétractée, sans calculs et gros abcès de péricholécystite suppurée. Décès le lendemain. Autopsie : 1 calcul muriforme du cholédoque.

Osto n° 46. — Alcoolique, ictère grave. Osto : bile épaisse et purulente, opération rapide pour l'état général. Prostration, 39, 110 avant l'opération. Décès au troisième jour. Autopsie : 2 calculs du cholédoque (les selles étaient bien décolorées).

Osto n° 131.— Chez un infecté grave de quatre mois. Pus, pas de calcul. Persistance des accidents et décès au sixième jour. Autopsie : 1 calcul du volume d'une noisette, enclavé dans la tête du pancréas.

2° Calculs retrouvés a une cholédocotomie secondaire 4 cas.

Osto n° 8 *puis doco n°* 76. — L'osto donne de nombreux calculs et bile purulente. Suites excellentes, sans récidives, avec état parfait. Mais *quatorze ans, plus tard, récidive et deuxième opération : doco* qui montre 1 *calcul boueux du cholédoque. Vésicule*

vide est laissée. Amélioration considérable. Cependant *nouvelles récidives* avec crises parfois à 39, 40 et décoloration des matières. Au cours d'une crise particulièrement douloureuse à Vichy, à la quinzième année, *un an après la doco, élimination de gros calculs.* Actuellement (22 ans après l'osto, 8 ans après doco) les crises continuent, mais atténuées, avec état satisfaisant. Cependant paroi un peu douloureuse, et n'a pas repris son poids.

Osto n° 14, puis doco n° 20. — Après osto (1 calcul) amélioration rapide. Mais reste douleurs parfois et fistule persistante. Légère éventration. Revient *après trois ans* avec 39, ictère et phelgmon au trajet de la fistule persistante. On débride la paroi et met 1 drain dans la fistule. Amélioration rapide mais la fistule persiste avec parfois 39°5 et selles décolorées. Trois mois après on fait donc *doco* : 10 *calculs*, 1 gros et 9 petits. Suites bonnes, puis au quinzième jour, accidents de sténose pylorique avec cachexie rapide, sans beaucoup de température. Un mois après doco, on tente donc *in extremis* une gastro-entéro-anastomose au bouton. Décès le jour même.

Osto n° 48, puis doco n° 43. — Osto : 150 calculs de trois âges. Guérison. Puis *deux ans plus tard* revient pour douleurs continuelles depuis quatre mois. *Doco idéale* (et laisse vésicule) : on trouve au cholédoque 1 *calcul* à facette identique à ceux trouvés précédemment à l'osto. Part guérie, reprend poids. Puis *crises réapparaissent* fréquentes avec une « grosseur au niveau de l'opération » et la malade meurt à la cinquième année, au cours d'une crise avec vomissements fécaloïdes. (Nous n'avons pu obtenir plus de détails de la famille.)

Ecto n° 21 puis doco n° 50. — Ecto : 1 calcul du volume d'une noix, au confluent des canaux. Persistance de la fistule. Amélioration de l'état général. Matières se recolorent un peu, mais la fistule persiste. *Au cinquième mois* on fait donc une *doco et on trouve 1 gros calcul* rétroduodénal. Suites immédiates excellentes (nous n'avons pu retrouver les suites éloignées).

B) Calculs méconnus a cholédoque ouvert : 12 cas.

Ces calculs, méconnus au cours de la cholédocotomie, ont été retrouvés ultérieurement *par autopsie, par élimination à la fistule ou dans les selles*, ou enfin par *cholédocotomie itérative.*

1° Calculs retrouvés a l'autopsie : 3 cas.

Doco n° 29. — Doco : 1 calcul friable + ecto : 2 calculs à fa-

cettes. Décès au quatrième jour de péritonite. *Autopsie : plusieurs calculs friables* analogues au premier sont trouvés *dans les canaux intrahépatiques.*

Doco n° 108. — Doco simple : 1 volumineux calcul à facettes anciennes et fongosités douteuses. Décès le soir même par hémorragie en nappe chez un insuffisant hépatique (face inférieure du foie était en symphyse). A *l autopsie : 1 calcul de l'hépatique.*

Doco n° 113. — Doco : 31 calculs dont 1 gros faisant clapet et 30 petits contre lui, plus osto : 38 calculs. Décès le jour même par hémorragie du parenchyme, dans la zone de décollement tenté à la vésicule. *Autopsie : 5 calculs dans les branches de division intrahépatiques* du canal hépatique.

2° Calculs éliminés par drainage ou fistule : 4 cas.

Doco n° 112. — Doco : nombreux calculs + ecto : nombreux calculs. Amélioration. Repris 5/10 kilos. Mais *fistule d'un mois avec bile et 8 calculs*, alternativement ouverte et fermée. Puis après deux ans, réapparition des troubles, avec crises, amaigrissement, ictère et décoloration des matières, durant encore à la cinquième année.

Doco n° 172. — Doco : 1 calcul + osto : 3 calculs ; fistule de trois mois avec *élimination d'un petit calcul.* Amélioration. Repris 16/20 kilos mais garde quelques douleurs. Et une crise violente au quatrième mois.

Doco n° 186. — Doco : nombreux calculs, boue et pus dans cholédoque, hépatique et ses branches. Fistule de trois mois fermée après *évacuation d'un calcul.* (Puis complications pleuro-pulmonaires.)

Doco n° 190. — Grand infecté au dernier degré d'affaiblissement. Doco simple : 1 calcul intra-pancréatique. Fistule de trois mois avec température et *un calcul au quinzième jour.* Puis bon état : repris 34/30 kilos.

3° Calculs évacués dans les selles : 2 cas.

Osto n° 8 puis doco n° 76. — Osto : nombreux calculs. Suites excellentes et santé parfaite. Puis récidive et quatorze ans plus tard, doco : 1 calcul boueux. Amélioration puis nouvelles récidives et *un an après doco : élimination de gros calculs au cours d'une cure à Vichy, dans une crise très violente.* (Cette observation déjà donnée comme calcul méconnu à l'osto et retrouvé à doco, revient ici comme évacuation de calculs après la doco).

Doco n° 95. — Doco : 3 calculs. Rien fait à la vésicule. Bons résultats de six ans. Repris 40/40 kilos. Mais à la troisième année,

crises nouvelles et *évasion d'un calcul* au cours de grands lavages intestinaux très chauds. Puis plus rien au foie.

4° Calculs retrouvés par cholédocotomie itérative : 3 cas.

Doco n° 121. — Première doco : pas de calcul + ecto : 3 calculs. Fistule avec boue et *petits calculs* puis récidive au huitième mois.

Deuxième doco laborieuse : trouve 2 calculs dans la partie la plus haute de l'hépatique. Décès huit jours après la deuxième doco. Ictère grave, foie biliaire.

Doco n° 123. — Première doco : 5 calculs + ecto : nombreux calculs. Convalescence normale. Récidive des accidents vers le cinquième mois. Crises graves pendant quatre ans.

Deuxième doco : 2 *calculs* (1 gros à facettes émoussées et 1 très petit à l'ampoule de Vater) pratiquée après quatre ans par le Dr Leriche. Puis convalescence normale.

Doco n° 156. — Infectée grave et ancienne.

Première doco : 3 calculs + ecto : 10 calculs. Très améliorée, puis récidives. Crises violentes nettement cholédociennes.

Deuxième doco : 1 *calcul* intrapancréatique trouvé au bout de deux ans. Convalescence normale.

Nous retrouvons *donc* 19 *cas ou des calculs du cholédoque ont été méconnus*, 7 *à canal fermé*, 12 *à canal ouvert*. Peut-être pour 1 cas, osto n° 8 puis doco n° 76, s'agit-il de nouvelles concrétions molles, formées après quatorze ans de guérison absolument parfaite, mais *dans les* 18 *autres cas, il s'agit bien incontestablement de calculs méconnus.*

Et si, dans plusieurs autres récidives de crises, on n'a pas eu de preuve aussi palpable, il faut bien admettre que si l'on était intervenu, on aurait vraisemblablement, en plusieurs cas, fait semblable constatation.

C) Comment pouvons nous donc expliquer d'aussi fréquents oublis ?

Plusieurs causes interviennent.

1° De façon générale, l'exploration des voies biliaires demande une opération méthodique et minutieuse. C'est souvent parce qu'il faut la précipiter, de toute nécessité, en

raison de l'*état général trop altéré que l'opération ne peut pas et ne doit pas, à tout prix, chercher à être complète.* C'est ainsi qu'ont été laissés notamment les calculs retrouvés à l'autopsie des nos 39, 46, 131 qui ont succombé un, trois et six jours après simple cholécystostomie, l'exploration du cholédoque n'ayant même pas été tentée dans cette opération de sauvetage. Avec une opération plus complète ils n'eussent guère été sauvés, leur décès n'eut pu qu'en être précipité.

2° A CHOLÉDOQUE FERMÉ : *Certains calculs sont assez difficiles à apprécier.* Maintes fois on trouve des calculs qui, non perçus au palper, sont découverts lorsque le cholédoque est ouvert cependant, en raison de sa dilatation ou du passé clinique.

Il n'est donc *pas étonnant d'en voir échapper quelques-uns*, non perçus au cours d'une cholécystostomie ou cholecystectomie, en particulier lorsque des adhérences gênent l'*exploration nécessairement rapide* comme à l'osto n° 14 (phelgmon biliaire), lorsqu'il s'agit d'un *petit calcul* (osto n° 48) échappé d'une vésicule en contenant un *grand nombre* (1 au cholédoque pour 150 à la vésicule), ou enfin lorsqu'il s'agit d'un *calcul rétroduodénal ou pancréatique* (ecto n° 21). L'ouverture du cholédoque aggravant certainement le pronostic des interventions sur les voies biliaires et augmentant la durée des suites opératoires, nous ne la pratiquons pas systématiquement dans les cas de lithiase paraissant limitée à la vésicule, et si le cholédoque ne présente ni altération de ses parois, ni de dilatation, après une palpation minutieusement conduite, nous ne l'ouvrons pas. De là l'explication des calculs méconnus rapportés dans ce paragraphe. Ajoutons cependant que beaucoup de ces cas ont trait à des faits anciens et qu'actuellement, avec les perfectionnements techniques, bien que la palpation cholédocienne soit négative, toutes les fois où l'aspect du canal est un peu douteux, nous n'hésitons pas à l'inciser.

3° A CHOLÉDOQUE OUVERT : il est *encore de nombreuses causes d'oubli : volume, fragilité, nombre, situation, donnent autant de causes d'opération incomplète.*

a) *La nécessité d'opérer rapidement* a provoqué l'oubli d'un

calcul retrouvé intrapancréatique à doco n° 156. De même à doco n° 190, malade extrêmement cachectique, 1 calcul éliminé au quinzième jour par la fistule.

b) *Le petit volume* a fait oublier 1 calcul à doco n° 172 éliminé par fistule.

c) *La désagrégation facile de certains calculs boueux fait laisser facilement des fragments* qui peuvent expliquer la récidive après doco n° 76.

d) *Le grand nombre des calculs* cause encore plus volontiers des oublis, et pour plusieurs raisons : par le nombre même des calculs, par leur peu de volume, et surtout parce qu'en ce cas on en retrouve partout, jusque dans les branches de l'hépatique : n°s 112 et 186.

e) *Ce sont les situations anormales qui sont en effet les causes les plus importantes d'oubli* : ou situation basse, *intra pancréatique* (n° 123) ou plus encore situation élevée où l'exploration devient difficile. C'est cette fréquente localisation haute des calculs, réfugiés dans les branches intrahépatiques dilatées et inaccessibles qui doit expliquer un grand nombre de récidives, car dans l'exploration le doigt ne peut les atteindre et la pince passe facilement à côté de ces calculs, généralement mobiles et souvent un peu mous, sans les ramener ni les percevoir.

Exploration *difficile dans le haut de l'hépatique* (n° 108 et 121) parfois même situation presque *inaccessible dans les branches intra hépatiques* où les calculs non atteints sont retrouvés à l'*autopsie* (n°s 29 et 113) ; ces calculs haut situés traduisant une infection biliaire profonde, nous ne sommes étonnés ni de n'avoir pu atteindre ces calculs dans une opération rapide, ni de retrouver cette situation intrahépatique témoignant d'une infection profonde, chez les 3 opérés, où c'est l'autopsie qui nous a montré des calculs méconnus au cours de la cholédocotomie. Ces 3 opérés sont en effet morts, l'un de péritonite au quatrième jour, les 2 autres d'hémorragie en nappe par insuffisance, le soir même de l'opération.

f) *Enfin, la non ablation de la vésicule* expose bien à l'oubli de quelque petit calcul, surtout si elle n'est même pas incisée.

Peut-être faut-il attribuer à cette cause le calcul évacué trois ans après doco : n° 95.

Les oublis de calculs sont donc, on le voit relativement fréquents et souvent difficiles à éviter si l'on ne veut pas dangereusement et souvent inutilement prolonger ou compliquer beaucoup d'interventions.

D) Quels troubles ont suivi ces oublis ?

1° *Troubles assez graves en général* dans les cas relatés ici, puisque, *sur* 19 *cas* où nous pouvons être certains de l'oubli de calcul, *c'est* 13 *fois l'autopsie ou une réintervention qui nous ont permis de constater cet oubli.*

2° Il importe cependant d'analyser de plus près *en combien de cas l'oubli est vraiment responsable de troubles graves.*

a) *Eliminons* tout d'abord *les* 6 *cas* où les calculs oubliés furent *évacués par fistule ou par les selles* ; dans les 6 cas les résultats furent assez bons ou parfaits (n°s 112, 172, 186, 190, 76 et 95). Pour le n° 112 seul, les suites éloignées sont restées un peu troublées, satisfaisantes cependant ;

b) *Il nous reste donc* 13 *cas d'oubli suivis de troubles graves*; 6 cas de décès rapides avec autopsie, 7 cas de réintervention pour récidives graves et fréquentes : *Mais les* 6 *cas de décès avec autopsie* constatant le calcul *suivent de si près l'opération que l'oubli de calcul n'est pas la cause mais le témoin de l'état grave des opérés* : 3 décès au premier jour, 1 au troisième, 1 au quatrième, et 1 au sixième jour. *Les causes de décès* ((hémorragies en nappe, shock opératoire, péritonite chez infectés graves) *sont d'ailleurs sans rapport avec ces oublis* ;

c) *Il n'y a donc plus vraiment que les* 7 *cas de réintervention* pour récidives de crises graves et répétées qui soient imputables à l'oubli de calculs :

3 doco secondaires après les ostomies (n°s 8, 14 et 48), suivies la première de bon résultat, les deux autres de décès ;

1 doco secondaire après l'ectomie (n° 21) suivie de résultat éloigné inconnu ;

3 doco itératives après les docotomies n°s 121, 123 et 156, la première suivie de mort, les deux autres de bons résultats.

Nous résumerons donc ce tableau en disant :

L'oubli de calcul au cholédoque au cours de cholécystostomie ou cholécystectomie nous a donné 4 réinterventions avec 2 décès.

L'oubli de calcul du cholédoque au cours de cholédocotomie nous a donné 3 réinterventions avec 1 décès.

Soit au total : 7 *cas de troubles graves causés par oubli de calcul du cholédoque*, pour lesquels la réintervention a donné 3 *décès* et 4 *bons résultats.*

E) Comment éviter les oublis de calculs?

Par une *opération méthodique et minutieuse*, nous l'avons dit inspectant particulièrement les *zones pancréatique* et *hépatique haute.* Opération complète qui n'est malheureusement pas toujours possible.

Par une méfiance particulière pour les *zones intra-hépatiques lorsque l'infection est profonde*, songer que ces calculs sont souvent *mous, friables et haut situés*, explorer *rapidement autant que le permet l'état* de ces infectés graves.

Se méfier des calculs peu volumineux, nombreux ou friables, les fragments de ces derniers pouvant être l'amorce de nouvelles concrétions.

Se méfier *de la boue* qui englobe *des escarbilles* ou de petits calculs, rechercher avec soin les *facettes d'articulation* et ne pas admettre l'évacuation des fragments qui peuvent manquer sans un complément d'investigation.

Utiliser l'aspiration que nous employons de plus en plus et qui permet de ramener des calculs tout à fait inattendus.

Enfin le *plus possible inciser et de préférence enlever la vésicule* (où de petites concrétions peuvent n'être pas perçues au travers de parois épaisses ou indurés) toutes les fois qu'il n'y aura pas de contre-indications locales ou générales.

II. — Récidives de troubles cholédociens

Dans nos études de résultats, ces récidives sont exposées en divers chapitres, selon qu'elles ont été bénignes ou graves, et se trouvent parfois mélangées aux troubles vésiculaires dont il est souvent délicat de les dissocier. Nous croyons bon de les regrouper ici, en recherchant, *leur nombre*, *leur nature et leur gravité*, *le temps après lequel elles se sont reproduites* enfin *quelles causes peuvent les expliquer.*

A) Nombre de récidives de troubles cholédociens.

1° *Au chapitre des bons résultats avec petits troubles*, nous avons relevé que *sur* 19 *récidives de crises*, 8 ou 10 semblaient avoir le type vésiculaire, et 8 *ou* 10, *un type cholédocien* plus ou moins larvé. S'il est en effet facile de cataloguer des récidives comme le n° 93, avec décoloration des matières, ictère, température à 40, il est des cas larvés, difficiles à classer. Nous *retiendrons cependant* 10 *cas comme assez probablement cholédociens.*

a) *Après cholédocotomie simple* :

N° 60 : 1 crise violente à la onzième année avec décoloration des matières ;

N° 65 : 2 périodes troublées avec 39-40 dans les dix premiers mois à la neuvième année ;

N° 95 : Crises à la troisième année, avec élimination d'un calcul ;

N° 120 : Après un an, nouvelles crises atténuées, avec ictère.

b) *Après cholédocotomie + cystostomie* :

N° 24 : Ictère de six mois à la septième année ;

N° 26 : 1 crise violente, avec ictère, chaque année, de la onzième à la seizième année ;

N° 76 : 1 crise violente au huitième mois, avec élimination de gros calculs, puis crises intermittentes avec 39-40 et décoloration des matières ;

N° 93 : 3 crises, dont 1 violente, dans les cinq premières années avec 39°5, ictère et décoloration des matières.

c) *Après cholédocotomie + cystectomie* :

N° 84 : Parfois et surtout à la quatrième année, crises avec 39 et léger ictère ;

N° 180 : Persistance de douleurs et subictère chez une sténose pancréatique.

(Il se trouve bien 2 observations de récidives de crises après ectomie complémentaire qu'on pourrait interpréter comme cholédociennes puisqu'il n'y a plus de vésicule (n° 69 et 152) ; mais les crises ont été ou trop rares (1 pour le n° 69) ou trop floues (n° 152) et sans aucun caractère cholédocien ni dans l'une ni dans l'autre. Nous n'avons donc pas cru devoir les retenir ici.)

Ce qui nous donne 3 *fois décoloration des matières*, 6 *fois ictère*, 4 *fois température* à plus de 38°5, 2 *fois élimination de calculs par les selles*, soit au total 10 malades avec 1 ou plusieurs de ces symptômes.

2° *Au chapitre des améliorations transitoires, suivies de troubles graves*, nous relevons :

a) 2 *récidives graves avec altération de l'état général* :

N° 112 : Fistule intermittente et 8 calculs après doco + ecto. Amélioration, puis à dater de la troisième année, aggravation avec ictère, prurit et décoloration des matières ;

N° 118 : Amélioration de quatre ans, mais douleurs persistantes, avec ictère parfois.

b) 4 *réinterventions pour troubles cholédociens après une première cholédocotomie* :

N° 16 : Fistule persistante, puis au quatrième mois, retour de l'angiocholite infectieuse ; 2e cholédocotomie, difficile et imparfaite. Décès peu après ;

N° 121 : Au huitième mois, nouvelles crises avec fistule et selles décolorées. Deuxième doco : 2 calculs. Puis décès au huitième jour d'hémorragie ;

N° 156 : Après un an, nouvelles crises violentes avec ictère, température et décoloration des matières. Deuxième doco après deux ans : 1 calcul, guérison ;

N° 123 : Au cinquième mois, récidive, 40, ictère, décoloration des matières. A la quatrième année, deuxième doco : 2 calculs ; guérison.

c) 10 *décès par troubles cholédociens, plus de trois mois après l'opération.*

N° 58 : Pancréas induré, probablement cancer. Persistance de troubles et décès au neuvième mois ;

N° 150 : Cancer du carrefour. Décès au cinquième mois ;

N° 55 : Rétrécissement du cholédoque reformé sans doute plus serré, car, après six mois d'amélioration, récidive et décès après un an ;

N° 1 : Calcul refoulé par le cystique, cachexie progressive, exploration probablement incomplète ;

N° 3 : Après quatre mois, récidives avec 41, ictère, décoloration des matières ; et décès à la huitième année, avec hémorragie ;

N° 40 : Douleurs persistantes et décès à la cinquième année ;

N° 43 : Récidive de crises et décès à la cinquième année ;

N° 57 : Nouvelles crises chez un vieillard opéré à 70 ans et mort à 78 ans ;

N° 81 : A la sixième année, récidives violentes et répétées, avec 40 et décès après trois semaines de crise ;

N° 136 : Au quatrième mois récidives fréquentes de crises et décès après un an et demi, dans une crise grave.

Ce deuxième chapitre (troubles graves) nous *donne donc* 16 *cas de récidives de troubles cholédociens.* Quelques observations en particulier, n°s 1, 40, 43, 136 et 150 ne sont pas absolument probantes pour le caractère cholédocien des récidives ; mais la plupart des autres ont des troubles nettement cholédociens : 5 *fois décoloration des matières*, 5 *fois ictère*, 5 *fois température* élevée au cours de crises.

Sans pouvoir être nettement affirmatifs (et c'est pour cela que dans les études précédentes, où c'était surtout le résultat obtenu qui nous intéressait, nous n'avions pas voulu séparer trop nettement les récidives vésiculaires des cholédociennes) *nous croyons pouvoir estimer à* 26 *cas environ les récidives de troubles cholédociens*, schématiques ou larvés, 10 *cas aux bons résultats avec petits troubles*, 16 *cas aux améliorations suivies de troubles graves.*

Le pourcentage de récidives de troubles cholédociens, plus ou moins rares ou larvés, se trouve donc être de 26/190=13,6 %, *si l'on considère les* 190 *opérés et de* 26/103=25,2 % *si l'on ne considère que les* 103 *malades non décédés dans les trois premiers mois et suivis plus d'un an.*

C'est ce *dernier chiffre*, 25,2 % *qui nous paraît devoir être conservé comme proportion véritable*, puisque les 26 cas analysés ici comme récidive de troubles cholédociens, ont tous été pris parmi les 103 malades de résultats éloignés.

Nous aurions pu, en effet, pousser la même analyse au groupe des décès rapides dans les trois premiers mois, pour ajouter aux récidives véritables les *persistances* de troubles cholédociens. Mais dans la période troublée qui suit l'opération, les décès relèvent de causes si complexes qu'il est encore plus difficile de faire une analyse valable.

Nous avons donc renoncé à dénombrer les cas de persistance de troubles cholédociens ayant entraîné la mort assez rapide, pour nous borner aux cas beaucoup moins litigieux de récidives franches, survenues parmi les 103 résultats éloignés suivis.

B) Nature de ces récidives, leur gravité.

Sur un nombre aussi impressionnant de récidives de troubles cholédociens, plusieurs n'ont été que bénignes.

1° *Les* 10 *cas que nous avons classés aux bons résultats avec petits troubles* se sont en effet trouvés pratiquement guéris. Considérablement améliorés, ils n'ont plus présenté que des crises extrêmement rares si elles étaient violentes, ou très atténuées si elles étaient un peu plus fréquentes : de toute manière, ils avaient repris une vie régulière, avec un état général très satisfaisant.

2° *Les* 16 *cas que nous retrouvons aux améliorations suivies de troubles graves*, ont été classées ici pour divers motifs ?

a) 2 *malades* s'y trouvent parce que leurs *récidives sont encore fortes et fréquentes, avec un état général médiocre.*

Toutes 2 déclarent cependant spontanément leurs crises moins violentes et leur état meilleur qu'avant l'intervention. Pour l'une, l'amélioration a été encore plus marquée dans les trois premières années.

b) 4 *malades* s'y trouvent parce que leurs récidives ont imposé une *cholédocotomie itérative*. Sur ces 4 réopérés, 2 *sont décédés* et 2 *sont actuellement parfaitement guéris.*

c) *Enfin* 10 *malades* sont ici pour être *décédés tardivement de troubles cholédociens : chez* 3 *d'entre eux, ce dénouement était normal* : 2 *cancers* (nos 58 et 150) et 1 *rétrécissement étendu du* cholédoque (no 55).

Il reste donc 7 *cas ou nous avions trouvé des calculs* à l'intervention et chez lesquels des récidives plus ou moins tardives ont entraîné la mort. Renvoyant au chapitre des décès éloignés, nous rappelons seulement qu'un de ces cas était notre première opération de calcul au cholédoque, *en* 1896, *probablement incomplète*, qu'un autre malade fut *opéré à* 70 *et mourut à* 78 *ans.*

Qu'*enfin sur les* 5 *décès restant* qui n'ont pu bénéficier d'une réintervention, parce que nous n'avons *pas eu occasion de les revoir* nous n'avons *pas pu obtenir des familles des renseignements très explicites*, sachant seulement qu'après plusieurs mois et même six ans de parfaite guérison, des crises se sont reproduites causant assez probablement le décès qui est signalé un an et demi, cinq ans, cinq ans, six ans, huit ans après l'opération.

3o *On voit donc qu'au total sur* 26 *cas de récidives de troubles cholédociens* :

a) 12 *se trouvent actuellement en bonne santé, parfaitement ou presque complètement guéris* ;

b) 2 *améliorés sont cependant en médiocre état* ;

c) 12 *sont décédés tardivement pour récidives survenues après amélioration plus ou moins prolongée* (dont 2 cancers, 1 rétrécissement étendu et 9 calculs en général chez des gens âgés ou perdus de vue).

C) Dates de récidives des troubles cholédociens.

Pour chercher quelles causes peuvent expliquer ces récidives, il semble intéressant de rechercher *à quelles dates elles ont dé-*

buté et de quelle façon elles ont pu *se prolonger ou disparaître.*

1° *Le début des récidives* est extrêmement curieux à considérer :

Nous pouvons établir 3 *classes* :

a) *En* 11 *cas les troubles semblent persister* en réalité *dès l'opération*, ou récidiver dès les 3 premiers mois (n°s 1, 16, 55, 57, 58, 65, 112, 118, 121, 150, 180) ;

b) *En* 6 *cas ils débutent quelques mois après* l'opération : au 4e mois (n°s 3 et 136), au 5e mois (n° 123),au 8e mois (n° 76), après quelques mois (n°s 40, 43). ;

c) *Enfin en* 9 *cas ils surviennent plus ou moins brusquement après* 1 *an ou plusieurs années de guérison* souvent parfaite : après 1 an (n°s 120 et 156), après 3 ans (n°s 93 et 112), après 4 ans (n° 84), après 6 ans (n° 81), après 7 ans (n° 24), après 11 ans (n° 60) et après 12 ans (n° 26). (Nous ne recomptons pas ici le n° 65 qui, à la 9e année, reprend brusquement des crises, car ses 10 premiers mois avaient été troublés.)

2° *La durée des troubles et leur gravité selon leur date plus ou moins précoce d'apparition* ne sont pas moins intéressantes :

a) *Les troubles qui persistent de suite après l'opération, n'ont guère tendance à disparaitre* par la suite et *aboutissent presque toujours à un décès* plus ou moins tardif. Voici en effet le résultat de ces 11 récidives immédiates ou ayant débuté dans les 3 premiers mois :

5 *décès*, n° 1 au 3e mois, n° 150 au 5e mois, n° 58 au 9e mois, n° 155 au 12e mois, n° 57 à la 8e année.

2 *réinterventions avec décès* dans les 2 cas : n°s 16 et 121.

2 *récidives graves* avec malades vivants encore après quatre et cinq ans, mais *en état général médiocre.*

Enfin 2 *résultats seulement un peu meilleurs*, classés aux petits troubles : n° 65 qui après 10 premiers mois troublés n'a plus représenté de crises qu'à la 9e année et se trouve actuellement en bon état (10e année); et n° 180, sténose pancréatique à l'intervention, qui s'est améliorée mais sans reprendre de poids.

b) *Les troubles qui ont débuté de trois mois à un an après*

l'opération donnent des résultats un peu meilleurs, assez médiocres cependant : sur 6 cas nous avons en effet :

4 décès (nos 136, 40, 43, 3), survenus après 1 an 1/2, 5 ans, 5 ans et 8 ans.

1 *réintervention avec guérison* pratiquée au bout de 4 ans, dans l'état le plus alarmant : (no 123).

1 *seul résultat bon* (no 76 : crise violente au 8e mois, à Vichy, puis quelques crises, mais bon état actuel à la 8e année).

c) *Par contre, les troubles cholédociens survenus plus ou moins brusquement après une ou plusieurs années de calme plus ou moins parfait, ne sont presque jamais graves.* Nous voyons en effet sur 9 cas :

1 *seul décès* chez un malade repris brusquement à la 6e année de crises violentes et répétées, qui causent la mort en 3 semaines (no 81).

1 *seule réintervention et avec guérison* (no 156) ; début des crises 1 an après la 1re opération. Reintervention après 2 ans 1/2, excellent état actuel.

Les 7 autres opérés qui ont eu des récidives tardives se trouvent actuellement en excellent état, leurs crises ayant été uniques, rares ou atténuées, se détachant parfois de façon fort curieuse sur une longue période de calme antérieure et postérieure :

No 60.— 1 seule crise violente à la onzième année avec décoloration des matières ;

No 95.— Bon résultat de six ans, mais quelques crises et 1 calcul à la troisième année ;

No 120. — Bon résultat de quatre ans, mais quelques crises atténuées depuis trois ans ;

No 24. — Résultats parfaits de dix-sept ans, sauf 1 ictère de six mois et quelques douleurs à la septième année ;

No 26. — Bons résultats de seize ans, mais une crise par an depuis la douzième année ;

No 93. — Bons résultats de six ans mais 1 crise violente à la troisième année et 2 petites depuis.

No 84. — Bons résultats de six ans mais quelques crises, surtout vers la quatrième année.

d) *Nous pouvons donc conclure :*

Sauf très rares exceptions, les RÉCIDIVES SONT D'AUTANT PLUS GRAVES QU'ELLES DÉBUTENT PLUS TOT.

D) Causes des récidives.

Pouvons-nous établir de façon valable les causes de ces récidives. En quelques cas (cancers constatés à l'intervention, calculs retrouvés par élimination ou réintervention, etc.), nous avons des constatations indiscutables.

Pour la plupart des cas, sans vérification opératoire ou autre, nous en sommes réduits à des hypothèses ; et c'est pour tâcher de suppléer à ce manque de contrôle, que nous avons précisé, avec le plus de soin possible, les dates et résultats des récidives et dans un chapitre précédent, les causes d'oubli de calculs.

Nous basant donc, tantôt sur des constatations, tantôt sur des probabilités non contrôlées, nous allons tâcher de faire le bilan de ces causes de récidives :

1° *Pour les* 11 *récidives immédiates, persistance de troubles ou récidives dans les* 3 *premiers mois.*

a) *Les* 5 *décès survenus de* 3 *mois à* 8 *ans plus tard semblent dus* :

2 *fois au cancer des voies biliaires* :

N° 150. — Cancer du carrefour, décès au cinquième mois ;

N° 58. — Pancréas induré ; probablement cancéreux, décès au neuvième mois.

1 fois à un *rétrécissement étendu peut-être congénital* du cholédoque (n° 55), qui, après une légère amélioration de 6 mois, dut se reformer plus serré, avec ictère plus foncé et décès au 12e mois.

2 *fois enfin à une ablation probablement incomplète de calculs.*

N° 1. — Calcul refoulé par le cystique, exploration insuffisante du cholédoque, cachexie progressive et décès au troisième mois ;

N° 57. — Opération rapide chez un vieillard de 70 ans décédé huit ans plus tard (78 ans) malgré des récidives assez fréquentes.

b) *Les 2 réinterventions suivies de décès* semblent *dues à des oublis de calculs haut situés, descendus* ultérieurement et provoquant de nouveaux troubles *après une courte période presque parfaite.* Dans les 2 cas en effet le cholédoque semblait libéré après la 1re intervention, au nº 16 on avait retiré 14 calculs, au nº 121 on n'en avait pas trouvé, mais le cathétérisme était facile, et dans les 2 cas, les phénomènes infectieux avaient totalement disparu. Mais ils avaient été graves et prolongés, expliquant *la possibilité de calculs haut situés* .

Et de fait, à la récidive des crises, on réintervient au 4e et au 8e mois, et *au nº* 121 *on retrouve bien* 2 *calculs très haut situés dans les branches de bifurcation de l'hépatique.*

Pour le *nº* 16 *l'opération pénible et hâtive* ne permet qu'une découverte imparfaite du cholédoque qui ne peut être exploré. Autopsie impossible.

c) *Les* 2 *récidives assez graves, avec état actuel médiocre semblent dues. Pour le nº* 112 *à un oubli de calcul* :

Il existait en effet de très nombreux calculs, 49 au cholédoque et 21 à la vésicule. Par la fistule, il s'échappe encore 8 calculs oubliés. Il est probable qu'à côté de ces nombreux calculs remontant haut dans l'hépatique, d'autres encore furent méconnus et expliquent les troubles persistants, nettement cholédociens depuis trois ans, après une assez notable amélioration de deux ans. Ces calculs descendus peu après l'opération provoquèrent les petits troubles du début (fistule persistante d'un mois et 8 calculs) qui s'aggravèrent quand ils eurent peu à peu fait obstruction par augmentation de volume.

Pour le nº 118, *ou les caractères cholédociens sont moins nets*: douleurs tous les 15 jours assez violentes, avec ictère parfois, *peut-être faut-il rendre responsable la vésicule* qui ne fut qu'incisée et qui redevenue calculeuse, provoquerait comme autrefois de pénibles migrations, peut-être sans obstacle cholédocien à demeure.

d) *Les* 2 *résultats un peu meilleurs* semblent dus :

Nº 65 : *à ce que la vésicule rétractée fut laissée en place non touchée* :

Un peu de température persistante dans les dix premiers mois,

puis guérison parfaite mais période un peu troublée de six mois à la neuvième année. Température surtout et quelques troubles digestifs. Troubles cholédociens en somme incertains.

N° 180 : à la sténose pancréatique observée à l'intervention, sans calcul. Amélioration après dilatation. Mais persistance de prurit, subictère et douleurs continuelles, cependant moins vives. Troubles digestifs et pas reprise de poids.

Au total, sur 11 récidives immédiates ou rapides, nous croyons pouvoir attribuer :

2 *cas à l'évolution progressive de cancer constaté* : n°s 58 et 150 ;

1 *cas au rétrécissement du cholédoque reformé plus serré* : n° 55 ;

1 *cas à la sténose pancréatique constatée* : n° 180 ;

2 *cas à la vésicule non extirpée* : n°s 65 et 118 ;

5 *cas à l'oubli de calculs, dans les voies hautes* probablement : n°s 1, 16, 57, 112 et 121.

2° *Pour les 6 récidives entre 3 mois et 1 an* :

a) *Les 4 décès* survenus de 1 an 1/2 à 8 ans plus tard semblent dus :

Pour le n° 3, récidive au quatrième mois, décès à la huitième année, peut-être dû à un oubli de calcul, mais ils étaient peu nombreux. Par contre, l'un d'eux, enclavé, dut être morcelé, peut-être se reforma-t-il de *nouvelles concrétions autour des débris abandonnés*, au-dessus d'un pancréas violemment irrité par l'enclavement et par les manœuvres opératoires de libération, et peut-être rétréci ultérieurement pour ces motifs mêmes.

Pour le n° 40, douleurs persistantes et décès à la cinquième année, les calculs mous purent n'être qu'imparfaitement enlevés. D'autre part la *non ablation de la vésicule* pourrait être en cause.

Pour le n° 43, la cholédocotomie avait montré 1 petit calcul à facettes, qui sauf les dépôts surajoutés, était identique à 150 calculs vésiculaires enlevés dans une cholécystostomie faite deux ans plus tôt. Peut-être la *vésicule* qui cette fois encore *ne fut qu'incisée* doit être rendue responsable des récidives ultérieures qui causèrent la mort à la cinquième année.

Pour le n° 136, 5 calculs et boue, vésicule calculeuse non enlevée ; récidive au quatrième mois et décès après un an et demi ;

on ne sait également s'il faut incriminer l'*oubli d'un calcul*, un *rétrécissement cholédocien* tardif *ou la non ablation de la vésicule.*

b) *La réintervention suivie de guérison* : n° 123.

Récidive au cinquième mois chez une ancienne infectée grave avec cholédocotomie itérative à la quatrième année, fut due à 2 *calculs intra et juxta pancréatiques* dont l'un au moins, un peu plus volumineux, vaguement cubique, à arêtes émoussées, semblait bien dater de la première opération.

c) *Le résultat assez bon* : n° 76 est bien dû à *l'oubli de calculs*

En effet, huit mois après doco et ablation d'un calcul boueux une cure de Vichy provoqua l'expulsion de plusieurs calculs assez gros, formés peut-être autour des débris du précédent calcul boueux. Depuis, persistance de quelques troubles cholédociens peu graves d'ailleurs.

Au total, sur 6 *récidives entre trois mois et un an, nous croyons pouvoir attribuer* :

2 *cas avec certitude à l'oubli de calcul ou à la formation de nouvelles concrétions autour de débris calculeux* (n°s 76 et 123).

Mais pour les 4 *cas suivis de décès* et sur les troubles desquels nous avons peu de détails, nous n'osons formuler une opinion sur la *cause de récidives* : *calcul oublié, réveil de poussées infectieuses dans les voies biliaires, formation de nouvelles concrétions autour de débris abandonnés ou dans la vésicule non enlevée, ou bien encore rétrécissement tardif* du cholédoque, intrinsèque ou extrinsèque.

3° *Pour les* 9 *cas de récidives tardives après une ou plusieurs années.*

a) *Le décès*, n° 81, semble dû à une *poussée d'angiocholite* suppurée survenue brusquement *après guérison parfaite de* 6 *ans*, et causant la mort en 3 semaines d'infection aiguë : crises violentes et répétées avec frissons, 40, pas d'ictère.

L'explication d'une aussi brusque, aussi tardive et aussi grave récidive est bien difficile. La vésicule avait été enlevée. On n'avait trouvé au cholédoque qu'un seul gros calcul. La guérison était parfaite. Restait-il *un calcul parfaitement toléré* (comme on l'observe parfois aux autopsies) ou s'est-il fait

une poussée infectieuse de cause non lithiasique (la malade avait 71 ans) ? Il est difficile de se faire une opinion.

b) *La réintervention avec guérison* (n° 156), *est due à 1 calcul trouvé intrapancréatique* et qui dut être *méconnu* à la première opération, probablement dans les voies biliaires intra-hépatiques.

c) *Enfin les 7 résultats bons*, malgré quelques troubles semblent *assez difficiles à interpréter.*

On n'admet guère que des crises aussi tardives puissent être provoquées par quelque calcul oublié. Il semblerait plus normal d'admettre ou bien un réveil passager d'infections mal éteintes donnant des poussées angiocholitiques, ou peut-être une *nouvelle précipitation biliaire donnant de nouvelles crises de migration avec troubles cholédociens plus ou moins accentués à certaines évacuations plus laborieuses.* Puis après une période troublée plus ou moins prolongée, de nouveau, calme parfait si la poussée angiocholitique s'éteint ou si l'évacuation calculeuse a pu se faire complètement (n°s 60, 95, 24), ou bien récidives périodiques, plus ou moins fréquentes et régulières, si les poussées infectieuses se renouvellent périodiquement ou, si quelques calculs semblent arrêtés (n°s 120, 26, 93, 84). C'est à ces causes que semblent le mieux correspondre ces types de récidives. Les deux hypothèses : simples poussées angiocholitiques ou précipitation de nouvelles concrétions, sont toutes deux plausibles. C'est cependant la première interprétation qui nous paraît la meilleure. Nous pensons donc qu'il doit s'agir en général de simples poussées angiocholitiques dans les voies biliaires ayant conservé un microbisme latent et peut-être des altérations de calibre de canaux favorisant ces réveils d'infection. Mais ici se pose la question : *où naissent ces réveils d'infection ou même en quel point pourraient se former au besoin ces nouvelles précipitations ? Peut-être bien au cholédoque parfois* (au n° 84 la vésicule est enlevée), *mais bien plus probablement à la vésicule puisqu'ici, dans 5 cas sur 6* (n°s 60, 95, 120, 24, 26, et 93), *nous constatons que précisément la vésicule; 3 fois n'a été qu'incisée, 3 fois n'a pas été touchée.*

Au total, sur 9 récidives tardives nous pouvons attribuer avec

certitude 1 *cas à l'oubli de calcul*, probablement dans les voies hépatiques hautes. *Pour tous les autres cas, nous n'avons pas d'avis formel*, mais on peut penser, *soit à de nouvelles précipitations de boue biliaire ou de calculs, soit plus vraisemblablement à des poussées angiocholitiques par réveil infectieux tardif, parfois dans le cholédoque, mais vraisemblablement plus souvent dans la vésicule non enlevée à l'intervention* et restée chroniquement infectée, avec réveils tardifs et passagers de virulence.

4° *En conclusions.* Si nous rassemblons les *résultats des* 3 *groupes* précédents, nous croyons que :

a) *De façon presque certaine nous pouvons donner les causes de* 9 *récidives* : 2 *cancers* (n°s 58 et 150), 1 *rétrécissement cholédocien* (n° 55), 1 *sténose pancréatique* (n° 180) *et* 5 *oublis de calculs constatés par migration ultérieure ou réinterventions* (n°s 76, 112, 121, 123, 156) *la plupart de ces récidives étant précoces et graves.*

b) *De façon assez plausible, mais sans preuve véritable, nous croyons pouvoir donner ainsi les causes des* 17 *autres récidives* : 5 *oublis assez probables de calculs* ou peut-être *persistance de rétrécissement méconnu* (n°s 1, 3, 16, 57, 136) *et* 12 *cas ou nous ne saurions dire s'il s'agit d'oubli de calculs, de rétrécissement intrinsèque ou extrinsèque* du cholédoque, persistant ou tardif, *de dégénérescence néoplasique*, de *nouvelle précipitation boueuse ou calculeuse, ou* de *simples poussées angiocholitiques par réveil tardif d'infection mal éteinte* (n°s 118, 65, 81, 40, 43, 84, 60, 95, 120, 24, 26, 93). C'est cependant vers cette dernière hypothèse que nous pencherions le plus volontiers, en *estimant même que c'est assez probablement la vésicule non enlevée qui dans la plupart des cas serait responsable de ces nouveaux accidents, presque toujours tardifs, relativement bénins*, et que *nous constatons en effet presque toujours après non ablation de la vésicule* (10 *fois sur* 12) puisque nous ne trouvons là que 2 ectomies (n°s 81 et 84) contre 6 ostomies (n°s 118, 40, 43, 24, 26, 93) et 4 docos simples (n°s 65, 60, 95 et 120).

Pour la conduite à tenir, nous l'avons dejà vue à propos des résultats éloignés. Les récidives tardives, en général peu

graves, dues vraisemblablement en la plupart des cas à de simples poussées angiocholitiques passagères, ne nécessiteront qu'exceptionnellement une réintervention.

Pour les récidives rapides, beaucoup plus graves, souvent dues à l'oubli de calcul inaccessible dans les voies intrahépatiques, on attendra au moins la cicatrisation complète du territoire opéré puis on réinterviendra si un examen assez prolongé a donné la certitude qu'il s'agit bien d'un obstacle vrai et non de troubles passagers par cholédocite.

§ 3.— LES OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES

Nous avons gardé pour la fin ce paragraphe, car, pour le traiter utilement, il est indispensable de rassembler de nombreuses conclusions des chapitres précédents.

Pour renforcer les données de cette statistique, nous avons même cru bon de comparer en terminant les résultats de ces opérations complexes : cholédocotomie + cholécystostomie ou cholécystectomie, avec les résultats des opérations simples : cholécystostomies ou cholécystectomies sans cholédocotomie, pour voir comment tous ces résultats concordent et se renforcent.

I. — Résumé des chapitres précédents sur le rôle de la vésicule ou les résultats des opérations complémentaires.

1° Au chapitre des résultats immédiats avec décès dans les trois mois, nous trouvons :

Doco simples : 20 décès sur 44 opérés = 46 % ;
Doco + osto : 20 décès sur 53 opérés = 38 % ;
Doco + ecto : 29 décès sur 93 opérés = 31 %.

Ce qui ne peut que nous prouver que nous avons bien réservé la doco simple aux cas les plus graves, et l'ectomie complémentaire aux moins touchés.

Mais si nous examinons les diverses causes de décès nous pouvons relever l'effet de l'ectomie complémentaire :

a) *Dans les shock opératoires*, décès dans les cinq jours :
Doco simple : 3 shock sur 44 opérés = 7,5 % ;
Doco + osto : = 4 shock sur 53 opérés = 8 % ;
Doco + ecto : 8 shock sur 93 opérés = 8,5 %.

Comme l'ecto complémentaire a dû être réservée à des gens de meilleure apparence, elle semble donc un peu plus grave dans le shock immédiat.

b) *Dans les hémorragies*, l'ablation ou les tentatives de décollement de la vésicule semblent avoir occasionné les hémorragies en nappe des nos 62, 113 et 181.

c) *Enfin sur* 10 *complications pulmonaires mortelles*, 7 sont survenues après ectomie complémentaire = l'ablation d'une vésicule très adhérente semble donc favoriser ces complications chez les infectés graves (voir aux cholécystectomies = même résultat).

2° Aux résultats éloignés parfaits, nous notons :

Doco simples : 6 résultats parfaits sur 44 opérés = 14 % ;
Doco + osto : 11 résultats parfaits sur 53 opérés = 20 % ;
Doco + ecto : 20 résultats parfaits sur 93 opérés = 21 %.

La doco simple donne donc un pourcentage un peu inférieur Pour l'osto ou l'ectomie complémentaires, les résultats parfaits ne sont guère plus nombreux dans un cas que dans l'autre car nous verrons que chacune d'elles laisse un nombre à peu près égal de troubles peu graves, mais de genres différents pour chacune.

3° Aux bons résultats avec petits troubles, nous notons :

a) *Au chapitre des fistules* un peu prolongées :
Doco simples : 2 fistules sur 44 opérés = 4,6 % ;
Doco + osto : 5 fistules sur 53 opérés = 9,4 % ;
Doco + ecto : 2 fistules sur 93 opérés = 2 %.

La doco + osto semble donc assez nettement responsable de la prolongation d'un certain nombre de fistules, particulièrement rares après ectomies. (Il faut noter cependant que si le pourcentage est particulièrement bas après ecto, c'est que ecto-complémentaire signifie opération qui a pu être complète, tout aussi bien sur le cholédoque que sur la vésicule).

Pour l'un des 2 cas les plus notables de fistule, n° 44, c'est

bien la vésicule qui semble responsable des troubles (voir aux cholécystostomies, même résultat : fistules fréquentes et prolongées).

b) *Au chapitre des récidives de crises*, vésiculaires ou cholédociennes :

Doco simple : 5 récidives sur 44 opérés = 11 % ;
Doco + osto : 10 récidives sur 53 opérés = 19 % ;
Doco + ecto : 4 récidives sur 93 opérés = 4 %.

Et si nous enlevions 1 observation de calculs méconnus au cholédoque et les 3 observations sans calculs, où soit bile épaisse soit rétrécissement pancréatique, il était assez naturel de voir récidiver les accidents, nous aurions même :

Doco simples : 4 récidives sur 44 opérés = 9 % ;
Doco + osto : 9 récidives sur 53 opérés = 17 % ;
Doco + ecto : 2 récidives sur 93 opérés = 2 %.

La récidive des crises, vésiculaires ou cholédociennes semble donc en assez grande part pouvoir être imputée à la non ablation de la vésicule, incisée ou non.

Rappelons cependant que non ablation de la vésicule signifie pour nous en général opération obligatoirement rapide, donc volontiers opération peut être incomplète sur le cholédoque ou lésions plus avancées,moins susceptibles de régression après l'opération.

Sur 19 récidives en somme bénignes, nous croyons pouvoir estimer que 10 ont des caractères cholédociens plus ou moins frustres ; sur ces 10 crises cholédociennes, 2 précoces relèvent de causes nettes (oubli de calcul pour le n° 76,sténose pancréatique pour le n° 180).Les 8 autres récidives cholédociennes qui furent tardives semblent causées par quelques poussées d'angiocholite dues à un réveil tardif et passager de virulence ou peut-être même parfois par quelque nouvelle précipitation lithiasique. Cette précipitation ou ce réveil d'infection mal éteinte ne se firent-ils pas de préférence à la vésicule ?

Nous disons donc que sur 19 récidives peu graves de crises, qu'elles soient de type vésiculaire ou cholédocien, la plupart peuvent fort bien être imputables à la vésicule que nous trou-

vons en effet non enlevée dans 15 cas sur 19. ce qui nous donne l'impressionnante proportion :

Vésicule non enlevée : 15 récidives sur 97 opérés = 15 % ;

Doco simple : 5 récidives sur 44 opérés = 11 % ;

Doco + osto : 10 récidives sur 53 opérés = 19 % ;

Vésicule enlevée : 4 récidives sur 93 opérés = 4 %.

(Voir aux cholécystostomies, mêmes résultats : récidives de crises fréquentes alors qu'aux cholécystectomies on en trouve beaucoup moins).

c) *Au chapitre des persistances de douleurs légères, type* adhérences :

Doco simple : 1 cas sur 44 opérés = 2,3 % ;

Doco + osto : 4 cas sur 53 opérés = 7,5 % ;

Doco + ecto : 16 cas sur 93 opérés = 17,2 %.

Il semble donc que ces phénomènes douloureux légers mais constants, sortes de tiraillements de l'hypocondre, vraisemblablement dus à des adhérences, particulièrement rares après doco simple, deviennent plus fréquents après ostomie et beaucoup plus après ectomie complémentaire.

Une telle progression se conçoit d'ailleurs assez bien : les adhérences péricholédociennes ne sont guère douloureuses, car cette zone se déplace peu ou du moins le fait en masse.

Au contraire, les adhérences particulièrement tenaces après ectomie se trouvent près du bord libre, en un point du foie très mobile, et se trouvent sans cesse étirées entre ce bord mobile et le point fixe de la paroi. (Voir aux cholécystostomies et cholécystectomies, mêmes résultats).

d) *Au chapitre des troubles digestifs.*

Doco simples : 5 cas sur 44 = 12, 5 % ;

Doco + osto : 5 cas sur 53 = 9,5 % ;

Doco + ecto : 17 cas sur 93 = 18 %.

C'est donc l'ablation de la vésicule qui semble assez nettement donner le plus de troubles digestifs. Notons que sur les 17 cas de troubles digestifs après ectomie, 13 cas s'accompagnent de ces douleurs légères persistantes de l'hypocondre, qui semblaient causees par des adhérences et que nous avons vu si fré-

quentes après ectomie. Peut-être les troubles digestifs relèvent-ils également, en partie du moins, de ces mêmes adhérences gênant le transit gastro-intestinal.

Remarquons cependant que ces troubles digestifs sont déjà très fréquents avant l'intervention et se trouvent en assez grand nombre après doco simple. Il semble bien qu'il faille imputer ces troubles pour une part à la suppression de la vésicule, suppression anatomique et opératoire (ectomie) ou fonctionnelle par rétraction (doco-simple). (Comparer ces résultats avec ceux des cholécystectomies = troubles digestifs extrêmement fréquents).

4° Aux améliorations temporaires suivies de troubles graves, nous trouvons :

a) *Aux altérations notables de l'état général* :

Sur 2 malades nous trouvons 1 doco + ecto et 1 doco + osto. Mais au n° 112, doco + ecto, les récidives semblent bien dues à des oublis de calculs puisque 8 calculs se sont éliminés par fistules.

Il ne reste donc sans cause nette de récidive que le n° 118, doco + osto, et le type des crises nous ferait assez volontiers incriminer encore la vésicule qui ne fut qu'incisée.

b) *Aux réinterventions après cholédocotomies* :

α) *Cholécystectomie faite dix-huit ans après cholédocotomie* cette observation (n° 8), est particulièrement intéressante ici : Doco : 3 calculs + osto : 11 calculs. Excellents résultats au début, mais à la dix-huitième année des accidents inflammatoires avec troubles généraux et abcès fistulisé à la paroi, obligèrent à réintervenir pour enlever une vésicule rétractée et épaissie. Guérison parfaite depuis : repris 10 kilos, et bon état général.

Cette récidive tardive de crises violentes et de troubles graves, uniquement provoquée par la vésicule, comme l'ont bien montré la deuxième opération et ses résultats ultérieurs, prouve bien que nous sommes parfaitement en droit de suspecter la vésicule lorsqu'elle a été laissée et qu'il se produit de semblables

accidents qu'aucune autre constatation faite à l'opération ne pourrait expliquer. Remarquons en particulier la longue durée de calme parfait et le réveil de crises graves à la dix-huitième année.

β) *Cholédocotomie itérative.* — Sur 4 réopérés, nous trouvons à la première intervention 1 doco + osto et 3 doco + ecto. Mais pour les 3 anciennes doco + ecto, les récidives rapides sont expliquées par des calculs trouvés au cholédoque à la deuxième doco et qui avaient du être oubliés chez des infectés graves, dans les voies biliaires supérieures intra-hepatiques.

Pour la doco + osto, il n'a pas été trouvé de calcul à la deuxième operation. Nous devons dire que cette deuxième operation dut être très incomplète ; nous pensons donc que quelque calcul avait pu être oublié également et a pu causer les récidives ; sans quoi ce serait encore une récidive grave suivie de reintervention et de décès à mettre un peu à la charge de la simple ostomie complémentaire.

c) *Aux décès plus de trois mois après l'opération.*

Sur 10 decès tardifs semblant dus avec plus ou moins de certitude à des récidives de troubles biliaires, nous notons :

Doco simple : 2 décès = n° 55 et 57 ;

Doco + osto : 5 décès = n°s 1, 3, 40, 43, 136 ;

Doco + ecto : 3 décès = n° 58, 81, 150.

Mais sur ces 10 recidives, 7 ont été provoquées rapidement dans les premiers mois par des causes que nous croyons connaître : cancer pour n°s 58 et 150, rétrécissement étendu pour n° 55, calculs probables, méconnus pour n°s 1, 3, 57 et 136 Restent donc 3 décès sur l'origine desquels nous ne sommes pas fixés du tout (n°s 40, 43 et 81). Or pour ces 3 décès nous notons que le début des recidives a été un peu plus tardif, n'entraînant le décès qu'à echéance assez longue et que 2 fois sur 3 la vésicule n'avait été qu'incisée. Devons-nous donc encore incriminer la vésicule ? Nous manquons de renseignements assez précis sur l'évolution des troubles chez ces malades qui n'avaient pas été revus ; nous ne pouvons donc rien affirmer, mais nous aurions cependant tendance à croire que c'est bien la vésicule qui

en 2 des cas a pu redonner ces troubles infectieux tardifs (comparables à ceux que nous avons contrôlés à la réintervention du n° 8) et peut être une nouvelle précipitation de calculs. Dans l'un des 2 cas (n° 43) l'état inflammatoire de la vésicule (avec tuméfaction de la paroi) semble assez net.

Il faut malgré tout, constater qu'au n° 81 où la vésicule avait été enlevée, il s'est bien produit, après six ans de résultats absolument parfaits, une recidive brusque de crises violentes et répétees, avec 40 degrés, frissons, pas d'ictère : angiocholite suppurée probable avec ou sans calcul du cholédoque. Ce dernier cas nous paraît particulièrement difficile à interpréter, mais il nous prouve bien en tout cas qu'il ne faut pas vouloir trop systématiquement mettre au compte de la vésicule les réinfections tardives.

(Comparer ces résultats avec ceux des cholécystostomies simples et l'on verra également la fréquence des récidives graves nécessitant une réintervention ou entraînant le décès tardif.)

5° Au chapitre des causes trouvées a l'intervention :

a) *Au sujet des calculs et de leur origine* ; nous relevons diverses conclusions :

La vésicule est presque toujours infectée, étant encore lithiasique à l'intervention dans 55 % des cholédocotomies, étant retractée et épaissie dans presque tous les autres cas.

L'étude des formes et du nombre des calculs montre que les calculs peuvent se former directement au cholédoque, mais que bien plus souvent ils semblent être d'origine vésiculaire.

L'étude anatomo-pathologique des calculs et des canaux biliaires concordant d'ailleurs avec l'histoire clinique des malades montre que c'est souvent la vésicule, centre d'infection chronique et de stagnation, qui semble commencer la lithiase et qui, lançant ses calculs au cholédoque, déclanche secondairement la phase des troubles cholédociens.

De ces diverses propositions il résulte que les récidives semblent bien pouvoir se reproduire directement au cholédoque,

(en particulier lorsqu'il s'agit de récidives immédiates ou rapides).

Mais plus facilement, c'est à la vésicule qu'il faut craindre les récidives, car même atrophiée, l'infection persiste dans ses parois épaissies et la stagnation dans sa cavité mal drainée.

C'est donc là que semblent avoir le plus de chance de se réactiver les anciennes infections, créant fort probablement un nombre important des récidives tardives.

En conclusion, si l'ablation de la vésicule ne met pas à l'abri de toute récidive ; elle doit en diminuer cependant les chances dans une proportion considérable.

On voit que l'étude anatomo-pathologique corrobore parfaitement les résultats constates plus haut.

b) *Au sujet des cancers*, nous relevons :

Sur 12 cancers constatés au cours des cholédocotomies, 4 se trouvaient à la vésicule et 2 situés au carrefour semblaient provenir d'une longue irritation du bassinet.

C'est donc 6 cancers sur 12 dont l'origine est vesiculaire. Le risque de dégénérescence ultérieure d'une vésicule laissée en place est donc une indication de plus à la cholécystectomie.

c) *Au sujet des pancréatites et rétrécissements* :

Nous notons que les lésions semblent rétrocéder assez bien lorsque n'étant pas trop invétérées et cicatricielles, elles sont encore de nature inflammatoire et ne sont plus soumises aux irritations constantes. Ce n'est donc guère de ce côté qu'il faut, nous semble-t-il, chercher les causes de récidives en particulier lorsqu'elles sont vraiment tardives.

6° Au chapitre des calculs méconnus, nous notons que la non ablation de la vésicule, surtout si elle n'a même pas été incisée, peut fort bien exposer à oublier de petits calculs, impossibles à percevoir sous des parois épaissies et indurées (observation n° 95).

7° Enfin au chapitre des récidives des troubles cholédociens, nous retrouvons 26 cas cholédociens que nous avions vu, 10 aux petits troubles et 16 aux troubles graves.

De façon générale, nous pouvons dire que les récidives pré-

coces relèvent de causes connues et sont suivies de troubles graves, tandis que les récidives tardives relèvent de causes incertaines et sauf exception (nº 81) n'ont pas entraîné de suites véritablement graves.

Sur 26 récidives cholédociennes, 14 causes sont connues de façon assez probable, 12 sont incertaines. Les 14 causes connues sont : 2 cancers (nos 58 et 150), 1 rétrécissement (nº 55), 1 stenose pancréatique (nº 180), 5 calculs méconnus certains (nos 76, 112, 121, 123, 156) et 5 calculs méconnus probables (nos 1, 3, 16, 57, et 136).

Reste donc 12 récidives à causes incertaines, en général plus tardives et moins graves. Or nous sommes frappés de trouver :

Doco simple : nos 60, 65, 95, 120 ;

Doco + osto : nos 24, 26, 40, 43, 93, 118 ;

Doco + ecto : nos 81, 84.

Ce qui fait 4 doco simple plus 6 doco + osto, soit 10 cas de non ablation, contre 2 cas d'ablation de la vésicule et en pourcentage : 10 sur 97 opérés contre 2 sur 93 opérés, soit 10,3 % contre 2,1 %.

Il semble donc à peu près incontestable que si la non ablation de la vésicule ne provoque pas toutes les récidives cholédociennes tardives, elle semble bien cependant responsable de beaucoup de cas.

II. — Avantages et inconvénients qui résultent des conclusions précédentes pour chaque type d'intervention comparé aux autres.

1º La cholédocotomie simple, comparée à la doco + cholécystectomie complémentaire :

a) *A l'avantage immédiat* d'être une opération plus rapide moins choquante, ne prédisposant pas les insuffisants et infectés aux hémorragies et aux complications pulmonaires ;

b) *Mais ses résultats éloignés* sont moins bons dans l'ensemble. En effet, les résultats absolument parfaits sont plus rares, et parmi les petits troubles, si les douleurs constantes, type adhé-

rences sont vraiment exceptionnelles, les troubles digestifs assez peu fréquents, et les fistules rares, par contre les récidives de crises se voient assez souvent, crises vésiculaires ou cholédociennes, en général tardives et sans gravité véritablement vitale Elle expose à l'oubli de petits calculs et aux risques de dégénérescence.

2° La cholédocotomie + cholécystostomie :

a) Elle a sensiblement les mêmes avantages immédiats que la doco simple, à peine moins rapide et plus choquante.

b) Mais elle en diffère assez notablement pour les résultats éloignés : le nombre de ses résultats absolument parfaits est plus grand, égal à celui de l'ectomie. Pour les petits troubles, c'est ici que les troubles digestifs sont les plus rares, plus rares qu'après doco simple, beaucoup plus rares qu'après ecto complémentaire, vraisemblablement parce que la vésicule joue bien un rôle dans les fonctions digestives et parce que, incisée, elle finit par récupérer une valeur fonctionnelle qu'elle n'a plus lorsqu'on la laisse rétractée dans les doco simples. Les douleurs légères, type adhérences, sont plus fréquentes qu'après doco simple mais moins qu'après ecto. Enfin c'est ici que nous trouvons de beaucoup le plus souvent les fistules et surtout les récidives de crises, crises vésiculaires ou cholédociennes, parfois assez graves pour troubler l'état général, nécessiter une ectomie secondaire (n° 8) ou entraîner un décès plus ou moins tardif (n°s 40, 43, 136).

c) On voit qu'aussi bien pour la valeur fonctionnelle (troubles digestifs assez rares) que pour la récidive de crises, la vésicule se comporte de façon nettement plus active lorsqu'elle a été incisée. Les 2 types extrêmes de résultats sont donc ostomie d'une part, ectomie de l'autre, la doco simple donnant des résultats intermédiaires, comme si la vésicule flétrie des doco simples était virtuellement presque enlevée aussi bien, au point de vue de ses dangers qu'au point de vue de son utilité ultérieure. (Comparer ces conclusions aux conclusions identiques de la cholécystostomie simple).

3° La cholédocotomie + cholécystectomie :

a) Ses résultats immédiats sont plus graves, ce temps complémentaire augmentant le choc, les risques d'hémorragie et les complications pulmonaires.

b) Mais les résultats éloignes sont nettement supérieurs. Le nombre de résultats parfaits est sensiblement celui de l'ostomie et dans les petits troubles, c'est ici qu'on trouve au maximum les douleurs d'adhérence et les troubles digestifs.

Mais ces troubles légers ne sont que des désagréments, intéressants à étudier mais pratiquement négligeables. Par contre, les fistules sont exceptionnelles et surtout ,les récidives de crises véritables, vésiculaires ou cholédociennes ne se voient presque jamais.

c) Elle donne bien, en somme, tous les avantages et inconvénients de l'opération complète et radicale : plus de risques immédiats, des petits troubles légers par suppression d'un organe qui n'était pas inutile, mais une sécurité beaucoup plus grande dans la guérison définitive. (Comparer ces conclusions aux conclusions identiques de la cholécystectomie simple).

III. — Indications de chaque type d'opération

Chacune de ces interventions ayant ses avantages et ses inconvénients aura ses indications particulières.

1° En *principe, c'est la cholécystectomie complémentaire* que nous préférerons toutes les fois qu'elle paraîtra possible sans trop de risques immédiats. Et de fait, ainsi que la plupart des spécialistes du foie, c'est l'opération que nous tendons à pratiquer de plus en plus, puisque de 1896 à 1914, nous ne comptions que 16 ectomies complémentaires sur 56 cholédocotomies, soit 28 %, tandis que nous avons en fin 1924, 93 ectomies complémentaires sur 190 cholédocotomies soit 49 %.

2° *Nous n'insisterons pas sur les contre-indications* bien connues, tenant soit à l'état général particulièrement affaibli par

infection ou cachexie, soit à des causes locales ayant déjà rendu la simple cholédocotomie longue et laborieuse et faisant craindre de nouvelles causes d'hémorragie par clivage d'adhérences intimes et résistantes, en particulier chez les insuffisants hépatiques. Nous ne signalons qu'un point particulier : la fréquence des complications pulmonaires graves chez les ectomies des grands infectés (infection générale et plus encore locale périvésiculaire), d'où peut naître une contreindication particulière à pratiquer l'ectomie ou du moins à surveiller l'anesthésie prolongée et à éviter de cliver de trop nombreuses portes d'entrées à l'infection (Voir les conclusions analogues des cholécystectomies simples). Pour choisir entre doco simple et doco + osto, ceci dépend un peu de l'état général et beaucoup de l'etat de la vésicule et des calculs qu'on peut y percevoir, la possibilité de ne pas toucher à la vésicule n'existant évidemment que lorsqu'on ne perçoit pas de calcul à son intérieur. Mais nous rappelons qu'on ne saurait trop se méfier de petites concrétions dissimulées sous d'épaisses parois, ni de l'infection chronique qui peut se rallumer tardivement dans une vésicule même vide et rétractée.

La vésicule rétractée et épaissie n'a plus un grand rôle fonctionnel ; son ablation systématique ne s'impose pas, mais s'il n'y a pas de contre indication nette, il vaut mieux l'enlever pour avoir la sécurité dans l'avenir.

IV. — Comparaison des résultats

DES OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES, AVEC CEUX DES OPÉRATIONS SIMPLES DE CHOLÉCYSTECTOSTOMIE ET CHOLÉCYSTECTOMIE SANS CHOLÉDOCOTOMIE.

Nous avons pensé que, pour terminer et contrôler les données de ces statistiques de cholédocotomies, il pourrait être intéressant de les comparer à celles des opérations simples. Nous avons donc à différents paragraphes, prié le lecteur de se reporter aux résultats ou conclusions de ces opérations simples. Pour

plus de clarté nous allons faire un tableau comparatif des résultats, au moyen de graphiques. Notons auparavant ceci :

Dans l'étude que nous venons de terminer sur ces diverses interventions, le pourcentage de chaque catégorie a toujours été calculé sur l'ensemble des opérés, pour comparer facilement les diverses suites ou complications avec la même base de pourcentage.

Ici, nous n'allons comparer entre eux que des résultats éloignés, nous baserons les pourcentages sur le nombre des *résultats éloignés suivis* et non plus sur le nombre total des opérés, décédés ou suivis, sans quoi la choledocotomie grevée d'une lourde mortalité immédiate semblerait avoir des troubles éloignés beaucoup plus rares que les opérations simples et bénignes de cholécystostomie ou cholécystectomie.

C'est donc le pourcentage basé sur le nombre des résultats éloignés suivis qui nous servira à établir le tableau et les graphiques ci-joint.

Sur les graphiques on verra facilement qu'on a des résultats sensiblement concordants, des fréquences à peu près analogues de troubles, après cholécystostomie ou après cholécystectomie, que ces opérations aient été pratiquées seules ou au cours d'une cholédocotomie.

Par comparaison de ces résultats on voit donc bien quelle part peut revenir à la vésicule et aux opérations complémentaires dans les troubles qui suivent les cholédocotomies.

Fréquences des troubles après interventions sur les voies biliaires

Après cholécystostomie simple		sur 131 opérés	sur 77 cas éloignés suivis
—		—	—
Récidive de crises.....	7 + 20 = 27 cas	20 %	35 %
Douleurs légères.....	16 + 4 = 20 cas	15 %	25 %
Troubles digestifs légers.	22 + 7 = 29 cas	22 %	37 %

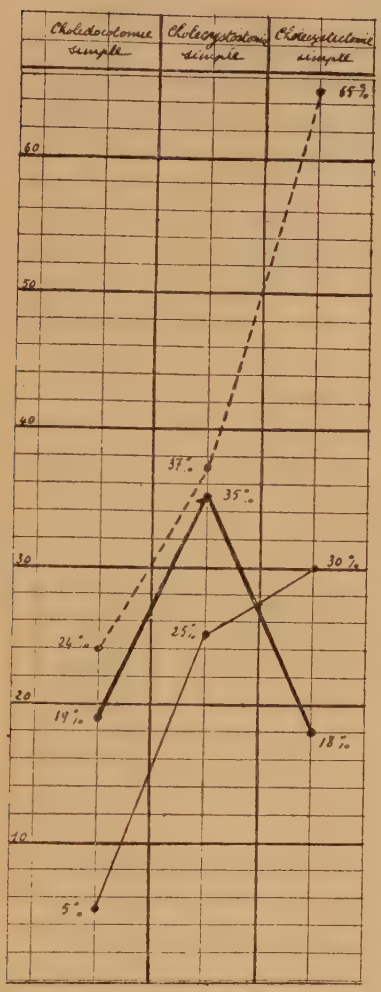
Après cholécystectomie simple		sur 165 opérés	sur 123 cas éloignés suivis
—		—	—
Récidive de crises.....	16 + 6 = 22 cas	13 %	18 %
Douleurs légères.....	29 + 8 = 37 cas	22 %	30 %
Troubles digestifs légers.	74 + 5 = 79 cas	48 %	65 %

Après cholédocotomie simple		sur 44 opérés	sur 21 cas éloignés suivis
—		—	—
Récidive de crises.....	4 cas	9 %	19 %
Douleurs légères.....	1 cas	2 %	5 %
Troubles digestifs légers.....	5 cas	12 %	24 %

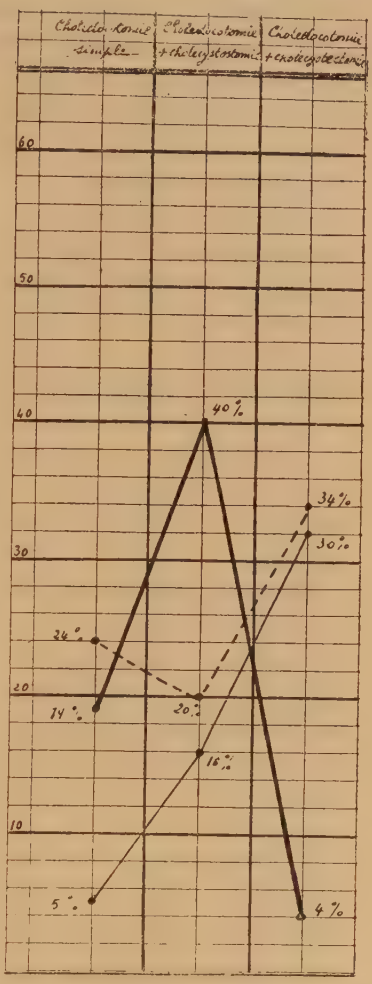
Après cholédocotomie + cholécystostomie		sur 53 opérés	sur 25 cas éloignés suivis
—		—	—
Récidive de crises	10 cas	19 %	40 %
Douleurs légères.....	4 cas	7 %	16 %
Troubles digestifs légers.....	5 cas	9 %	20 %

Après cholédocotomie + cholécystectomie		sur 93 opérés	sur 50 cas éloignés suivis
—		—	—
Récidive de crises	2 cas	2 %	4 %
Douleurs légères.....	16 cas	17 %	32 %
Troubles digestifs légers.	17 cas	18 %	34 %

Fréquence des troubles après interventions sur les voies biliaires



Après
Cholédocotomie simple
Cholécystostomie
Cholécystectomie



Après
Cholédocotomie simple
Cholédocotomie + cholécystostomie
Cholédocotomie + cholécystectomie

Qu'il s'agisse d'opérations simples ou complémentaires de cholédocotomie, on voit que la cholécystostomie et la cholécystectomie ont toujours tendance à donner de semblables résultats avec courbes parallèles.

a) *Les récidives de crises* sont assez fréquentes (19 % et au-dessus) dans toute opération sur les voies biliaires qui n'enlève pas la vésicule, osto, doco simple, doco + osto.

Elles sont légèrement moins fréquentes après ecto simple : 18 %, et ne deviennent extrêmement rares qu'après l'opération la plus complète, doco + ecto, exploration du cholédoque et ablation de la vésicule.

b) *Les douleurs légères*, sont assez fréquentes toutes les fois qu'avec ou sans doco on a touché à la vésicule, car ce sont les adhérences formées à ce niveau, étirées entre la paroi et le bord libre et pesant du foie, qui semblent les expliquer. L'ablation de la vésicule semble d'ailleurs les provoquer un peu plus souvent que la simple incision.

La doco ne semble pas intervenir du tout ou presque pas dans ces phénomènes douloureux, car ils sont extrêmement rares après doco simple (5 %) et le pourcentage de doco + osto et de doco + ecto n'est pas supérieur à celui des osto ou ecto simples.

c) *Les troubles digestifs* sont assez fréquents (plus de 20 %) après toute opération sur les voies biliaires, mais ils sont particulièrement fréquents après ablation de la vésicule, qu'elle soit simple ou complémentaire d'une doco (34 et 65 %). Sans que nous expliquions pourquoi, les troubles digestifs nous sont signalés avec plus de fréquence lorsque le cholédoque n'a pas été ouvert.

Si bien qu'en résumé nous croyons pouvoir conclure :

a) *Les récidives de crises* peuvent tenir à une exploration incomplète du cholédoque mais tiennent surtout à la non ablation de la vésicule, ne disparaissant à peu près totalement qu'après l'opération la plus complète : doco + ecto.

b) *Les douleurs* tiennent aux adherences reformées près de la vésicule incisée et plus encore enlevée.

c) *Les troubles digestifs* tiennent aux altérations antérieures des voies biliaires et se voient donc assez souvent en tous les cas, mais c'est après ablation de la vésicule qu'elles restent beaucoup plus fréquentes.

CHAPITRE IV

Conclusions de nos cholédocotomies

basées sur 190 observations

I. — Résultats immédiats (trois premiers mois)

Guérisons opératoires : 121 cas = 64 % ;

Décès dans les cinq premiers jours, en rapport plus direct avec le shock opératoire : 17 cas = 9 % ;

Décès entre le cinquième et le quatre-vingt-dixième jour, presque toujours indépendant de l'acte opératoire : 52 cas : 27 %.

Mortalité élevée (36 % au total, avec 69 cas) car cette statistique comprend toutes les cholédocotomies pratiquées, cancers, état infectieux et non pas les seules cholédocotomies pour lithiase. Pour ces dernières la mortalité vient, non de l'acte opératoire qui ne semble responsable plus directement qu'en 4 cas (2 %) mais de l'état précaire des malades, presque toujours opérés trop tardivement, en particulier dans la région lyonnaise, l'opération tentée sur de tels malades, cachectiques ou infectés graves étant trop souvent une opération de sauvetage tentée sans grand espoir.

La mortalité tient donc surtout au retard apporté à l'intervention, le pourcentage étant d'ailleurs meilleur lorsque le public est plus éduqué : 30 % depuis 1914, 26 % pour les opérés de ville.

Le décès survient en effet :

Dans 55 % *des cas* sans phénomènes autres que la continuation

des symptômes généraux graves, infectieux ou cachectiques.

Dans les 45 % *qui restent*, on relève une complication quelconque, mais il s'agit encore dans l'immense majorité des cas de sujet opérés en pleine infection ou cachexie.

Voici le détail des diverses causes de décès avec leur fréquence : shock opératoire (décès dans les 5 premiers jours) 24%, continuation d'infection 16 %, cachexie progressive 13 %, hémorragies la plupart en nappe chez des insuffisants 19 %, complications pulmonaires 14, 5 % (pneumonies, broncho-pneumonies, grangrène, presque toujours chez des infectés graves généraux et locaux), péritonite 4 %, occlusion post-opératoire 4 %, embolie, 2 %, urémie 1 % (pourcentage établi sur le total des décès seulement).

Presque tous les décès se produisent dans le premier mois, la mortalité est surtout considérable dans les cinq premiers jours qui comprennnent à eux seuls la moitié du total de tous les décès. Ces décès si rapides se voient surtout par shock de grands infectés ou cachectiques ou par hémorragies en nappe d'insuffisants ; plus tard on voit apparaître les décès par complications pulmonaires, cachexie progressive ou continuation de phénomènes infectieux.

C'est donc l'état cachectique ou infectieux qui directement ou indirectement cause presque tous les décès, L'ancienneté des crises a par elle-même moins de valeur que la fréquence et l'intensité des crises.

C'est surtout l'état infectieux supra-cholédocien, intrahépatique, qui est à redouter. De même l'insuffisance hépatique, l'ictère permanent, les hémorragies faciles. La fréquence du pouls, au-dessus de 85, 90 dans les périodes d'apyrexie est un signe particulièrement grave et fidèle.

Les décès rapides sont plus fréquents lorsque ce n'est pas la lithiase qui causait les troubles : 45 % au lieu de 31 % pour la lithiase, les décès étant d'ailleurs de fréquences différentes, selon les divers cas sans lithiase : pancréatite 37 %, rétrécissements 45 %, bile anormale 50 % (75 % pour bile purulente), can-

cers 75 %. Ce sont donc surtout les cancers et les bilès purulentes qui donnent le plus de décès rapides.

L'âge a une influence incontestable sur les décès : rare avant 30 ans, de plus en plus fréquente jusqu'à 54 ans, assez fréquente jusqu'à 70 ans (le dernier cas à 73 ans), la cholédocotomie donne des résultats de moins en moins favorables. A part une assez grosse mortalité de 30 à 40 ans, 42 %, où on relève surtout des hémorragies après opérations rendues laborieuses par des adhérences, on voit de 20 à 73 ans un pourcentage croissant de mortalité : 17 %, (42 %), 27 %, 31%, 50%, 85%. Après 60 ans et surtout après 70 ans, la mortalité devient donc considérable, cependant d'excellents résultats même à cet âge empêchent d'établir une limite d'opérabilité.

Le sexe est à considérer également, il y a 3 fois plus de femmes que d'hommes dans nos opérés et la mortalité est nettement plus lourde chez les hommes, en raison de l'alcoolisme, et des difficultés opératoires particulières : foie petit, mal luxuable, abdomen moins souple, thorax rigide ;

Les opérations complémentaires, l'ectomie surtout, aggravent les suites immédiates, bien que les résultats soient : doco simple 46 %, doco plus osto 38 %, doco plus ecto 31 % ; cette proportion indiquant seulement qu'on réserve souvent à l'ecto les cas moins graves.

Nous trouvons en effet que l'ectomie aggrave les shock, provoque plusieurs hémorragies en nappe et surtout semble exposer notablement aux complications pulmonaires graves, lorsqu'elle est pratiquée chez des infectés graves avec empyème, gangrène ou abcès périvésiculaire.

Au total, l'intervention ne semble pas responsable de beaucoup de décès : 55 % meurent par simple continuation des phénomènes cachectiques ou infectieux, et les 45 % autres qui font quelques complications sont tous aussi très affaiblis. A la charge de l'opération nous pouvons relever 2 hémorragies par blessure de l'artère hépatique, 1 péritonite et 1 occlusion, par com-

presses, soit 4 décès = 2 % où l'acte opératoire semble un peu plus directement responsable de la mort. De façon beaucoup plus contestable on peut accorder une part de responsabilité à l'acte opératoire pour 3 hémorragies en nappe, 8 shock opératoires et 10 complications pulmonaires survenus après ectomie complémentaire et qui ne seraient peut-être pas survenus si l'on eut borné l'opération à la stricte opération d'urgence sans ablation de la vésicule.

Nous pouvons donc conclure :

a) Pour les cancers, le diagnostic avec lithiase étant souvent incertain, on ne refusera pas de tenter une laparotomie exploratrice. Mais si la nature néoplasique des lésions devient évidente avant d'avoir ouvert les voies biliaires, il faudra savoir s'abstenir, en raison de l'extrême gravité de l'acte opératoire le plus minime et de toute dérivation externe, par déperdition biliaire massive. On fera bien de ne tenter qu'une cholécystogastrostomie dans les cas heureux où elle sera possible.

b) Pour la lithiase, c'est surtout le retard à l'intervention qui cause tant de décès : âge, cachexie, infection, chacun de ces facteurs apporte un élément de gravité, attendre qu'ils soient réunis, c'est vouloir cumuler les risques. Comme il est vain de compter sur une migration spontanée de calculs qui ne peut-être qu'exceptionnelle, et qui devient chaque jour plus difficile car la lithiase du cholédoque entre rapidement dans un véritable cercle vicieux, comme il y a d'autre part danger vital à attendre, l'opération devenant d'ailleurs chaque jour plus grave, *en raison des menaces d'altération de la cellule hépatique nous concluons formellement* que tout calcul du cholédoque nettement diagnostiqué doit être opéré sans notable délai.

II. — **Résultats éloignés**

103 cas suivis de 1 à 21 ans, tous améliorés au moins temporairement, 86 étant restés excellents, 37 parfaits et 49 bons alors que 17 seulement ont eu des suites médiocres.

A) Résultats parfaits d'emblée : 37 cas = 19 % sur 190 opérés.

Pratiquement, presque tous les opérés sont guéris, qui ont pu franchir la période critique des premiers jours, et l'on assiste à une véritable résurrection.

Mais nous n'avons retenu ici absolument que les malades sur lesquels il était impossible de relever les moindres troubles afin de grouper ceux-ci dans les chapitres suivants.

Tous les malades classés ici ont repris leur poids antérieur et souvent plus, certains reprenant jusqu'à 15, 20, 25, 30 et même 40 kilos.

La cholédocotomie simple donne un peu moins de résultats parfaits 14 %, tandis que la doco + osto (20 %) et la doco + ecto (21 %) ont sensiblement les mêmes résultats, car toutes deux laissent le même nombre de petits troubles, bien qu'ils soient souvent de natures différentes.

B) Bons résultats avec petits troubles : 49 cas = 26 % sur 190 opéres.

Cette proportion est donc assez considérable, mais parce que pour plus de clarté nous avons retenu ici beaucoup de cas plus intéressants à analyser que vraiment gênants pour le malade. Nous voyons en effet que sauf 4 malades qui n'ont pas repris beaucoup, les 45 autres malades classés ici sont en excellente santé et ont repris leur poids, souvent plus, avec quelquefois, 15, 20, 25, 30, 35 et 40 kilos.

1° Les fistules, 8 cas = 4 %, sont relativement rares, elles ont toujours été biliaires, ont parfois évacué quelque calcul oublié ; ont rarement dépassé le troisième mois (2 fois 6 mois, 2 fois 1 an). Elles ont été suivies 2 fois d'éventration legère et 6 fois de douleurs persistantes. La vésicule semble bien avoir un rôle car les fistules sont surtout fréquentes après son inci-

sion = (doco simple 4,5 %, doco + osto 9,5 %, doco + ecto 2 %) particulièrement rare après ecto complémentaire. Les plus graves semblent dues à la non ablation d'un calcul ou d'un obstacle méconnu.

2° Les hernies ou faiblesse de la paroi : 5 % (10 cas dont plusieurs douteux) sont survenues 2 fois après fistule, 1 fois après cholédocotomie itérative. Tous les autres cas datent de nos premières interventions. Ces éventrations sont d'ailleurs minimes, peu gênantes, en un seul cas on réintervient pour cure d'éventration. Nous n'en observons plus depuis que nous utilisons l'incision de Mayo.

3° *Un cas de complication pulmonaire durable* : tuberculose apparue après opération d'une lithiase opérée tardivement en pleine cachexie et infection.

4° *Récidive de crises, cholédociennes ou non* : 19 cas = 10 %.

Crises cholédociennes larvées 8 ou 10 fois, vésiculaires 8 ou 10 fois, les récidives classées ici étant peu graves parce qu'elles sont rares si elles sont violentes et très atténuées si elles sont plus fréquentes. Elles s'accompagnent assez souvent de douleurs plus constantes et de troubles digestifs.

L'ensemble des troubles n'est malgré tout pas inquiétant puisque tous les malades sauf 2 ont repris leur poids, parfois 15 et 20 kilos.

Ces récidives semblent particulièrement fréquentes lorsque la vésicule n'a pas été enlevée et surtout après ostomie complémentaire, la vésicule rétractée des doco simples semblant se comporter comme si elle était virtuellement inexistante (doco simple 9 %, doco + osto 17 %, doco + ecto 2 %).

En certains cas, nettement cholédociens et précoces, c'est probablement au cholédoque qu'ont persisté ou se sont reformées les causes de récidives, mais en général, la frappante coïncidence des récidives avec la non ablation nous fait fortement soupçonner la vésicule, surtout lorsque les crises sont de type vésiculaire ou sont tardivement cholédociennes.

5° *Persistance de douleurs légères à l'hypocondre* : 13 *cas* =

7 %, douleurs plus ou moins constantes, ne durant souvent que dans les premiers mois, s'accompagnant fréquemment de troubles digestifs, gênant fort peu l'état genéral et qui semblent dues aux adhérences, très peu marquées après doco simple (2 %), plus fréquentes dès qu'on touche à la vésicule (osto = 7, 5 %) et surtout si on l'enlève (17 %).

Toutes ces conditions nous font expliquer ces douleurs légères persistantes des premiers mois par des adhérences, surtout douloureuses au niveau du bord libre du foie, près de la paroi fixe.

Nous pouvons en somme schématiser ainsi tous les troubles douloureux, crises ou douleurs constantes.

Ablation de vésicule expose à douleurs légères par adhérences avec troubles digestifs fréquents mais légers.

Non ablation de vésicule expose à récidive de crises.

Et nous constatons qu'aux opérations de simple cholécystostomie ou cholécystectomie sans cholédocotomie, ce sont les mêmes résultats que nous avions dégagé.

6° *Troubles digestifs* : 27 cas = 14 % donc très fréquents comme après toute intervention sur les voies biliaires (puisque sur les 103 résultats éloignés, ils font même 26 %).

Mais ces troubles ne sont pas graves puisqu'ils consistent généralement en ballonnement et digestions pénibles, avec quelques douleurs de tiraillement à l'évacuation et puisque plus des deux tiers des malades restent sans régime, avec un appétit excellent, un poids au moins normal et un état général excellent.

Presque toujours ces troubles digestifs accompagnent des récidives de crises ou des douleurs légères vues plus haut. Notons que tous les malades sauf 2 en souffraient avant l'opération et que la plupart se déclarent ameliorés depuis à ce point de vue.

Nous ne relevons que 4 cas un peu plus importants : 3 du fait de l'amaigrissement, 1 pour vomissement ; or nous retrouvons là 3 cas opérés sans trouver de calculs et pour lesquels les lésions trouvées (bile épaisse, rétrécissement pancréatique), suffisent bien à expliquer la persistance des troubles.

Ces troubles digestifs semblent surtout fréquents après ablation de la vésicule, bien qu'ils se voient assez couramment après comme avant toute intervention biliaire, (doco simple 12 %, doco + osto = 9 %, doco + ecto = 18 %).

Ces troubles nous semblent causés surtout par des adhérences gênant le transit gastro-intestinal, mais peut-être convient-il d'accorder un rôle, aux troubles d'évacuation biliaire tenant soit à quelque rétrécissement du cholédoque, soit plus encore à l'ablation du réservoir biliaire naturel.

C) Améliorations partielles avec troubles graves : 17 cas = 9 % ayant altéré l'état général, nécessité une réintervention ou entraîné le décès :

1° *Altération de l'état général* : 2 cas = 1 %

Nous ne trouvons que 2 cas de récidives graves avec crises fréquentes et violentes et état général altéré, parce que tous les cas analogues, ont été réopérés ou sont décédés au bout de quelques années lorsqu'ils n'ont pas été revus.

Nous attendons de revoir ces 2 malades éloignés pour compléter leur examen, et les réopérer s'il y a lieu.

Tous 2 se déclarent cependant améliorés depuis l'opération, chez l'un il semble s'agir de calcul méconnu et chez l'autre de troubles par adhérences ou sténose.

2° *Réinterventions* : 5 cas = 2, 5 % comprenant :

a) 1 *cholécystectomie* secondaire pratiquée pour accidents notables dix-huit ans après doco + osto.

b) 4 cholédocotomies itératives, auxquelles nous ajouterons un cinquième cas dont la deuxième opération fut seule faite par nous, soit 5 cholédocotomies itératives faites après quatre, cinq, huit mois, deux et cinq ans.

Sauf en 1 cas où les adhérences et le mauvais état général empêchèrent une opération satisfaisante, dans les 4 autres cas on retrouva un calcul méconnu, dans les branches de l'hépatique ou dans la zone pancréatique. Pratiquées pour des réci-

dives violentes, avec état très touché, ces 5 réinterventions donnèrent 2 décès rapides (état infectieux grave, adhérences gênant l'opération ou causant hémorragie en nappe) et 3 guérisons qui sont restées parfaites depuis. Donc résultats très encourageants, étant donné la gravité des récidives. On réinterviendra donc, lorsqu'un examen un peu prolongé aura donné la certitude d'un obstacle vrai et non de troubles passagers par cholédocite, mais on ne se pressera pas de réintervenir et on attendra ou moins la cicatrisation complète du territoire opéré.

3° *Décès plus de trois mois après l'opération* : 12 cas = 6 %. ainsi décomposés : 2 décès après doco iteratives vues plus haut, 2 cancers, 1 rétrécissement, 7 calculeux.

a) *Les cancers des voies biliaires* ne nous donnent que 2 décès après trois mois, car nous avons vu tous les autres mourir extrêmement rapidement, dans les quinze premiers jours. Ces 2 opérés sont morts un peu plus tardivement, au cinquième et neuvième mois.

b) *Le rétrécissement étendu du cholédoque*, avec anomalie du cystique, après une amélioration passagère retombe dans des troubles encore plus marqués et meurt au bout d'un an.

c) *Les 7 décès de malades chez lesquels on avait trouvé* des calculs à l'intervention s'expliquent facilement pour 2 cas, l'un fut notre première opération probablement incomplète, l'autre fut un vieillard de 70 ans, qu'une opération rapide et peut-être incomplète prolongea néanmoins de huit ans (décès à 78 ans après récidives de crises) ; mais ils sont délicats à interpréter pour les 5 autres cas, car il s'agit précisément de malades perdus de vue jusqu'à nos demandes actuelles de statistique auxquelles les familles ont répondu de façon très insuffisante. Tout ce que nous avons pu savoir c'est qu'après guérison parfaite de quelques mois ou même de six ans, les crises ont reparu et semblent avoir entraîné le décès après un an et demi, cinq ans, six ans et huit ans. Pour 2 récidives après quelques mois seulement on peut penser à un rétrécissement ou à un oubli de calculs, mais pour les 3 récidives beaucoup plus tardives et à évolution plus longue, peut-être faut-il penser à de nouvelles poussées d'une infection

mal éteinte, peut-être même à une nouvelle précipitation de calcul, soit au cholédoque, soit à la vésicule non enlevée à 2 des cas. Il est également fort possible qu'un néoplasme tardif soit venu se greffer sur de vieilles lésions lithiasiques.

III. — Considérations diverses

A) Causes trouvées a l'intervention et influence de l'affection causale sur les résultats :

1° *Calculs du cholédoque* : 147 cas = 77,5 % sur 190 opérés avec lithiase à la fois dans cholédoque et vésicule dans plus de la moitié des cas, 55 % et calculs au cholédoque seul dans 45 %.

a) *Nombre des calculs trouvés au cholédoque.* — Dans la moitié des cas (52 %) le calcul est unique, on trouve encore assez souvent 2 ou 3 calculs, déjà moins 4 ou 5 ; au-dessus de 5 calculs les cas deviennent rares (moins de 20 % des cas), enfin il est exceptionnel (4 %) de trouver plus de 20 calculs (maximum à 60 calculs). Il est à ce point de vue curieux de constater que lorsqu'à l'intervention on trouve encore des calculs à la vésicule, on a, au cholédoque, moins souvent un calcul unique, bien plus souvent des calculs nombreux. Toutes les fois en particulier qu'il y a de très nombreux calculs au cholédoque, on en retrouve également un grand nombre à la vésicule. En somme, le calcul, qu'il soit né ou devenu cholédocien, est très souvent un solitaire ; il ne semble séjourner vraiment longtemps au cholédoque que 1, 2, 3, 4 ou 5 calculs. Losrqu'il y en a plus et particulièrement lorsqu'ils sont très nombreux, c'est presque toujours parce qu'il y a encore lithiase vésiculaire en évolution, dont les calculs viennent s'amonceler en arrière des cholédociens véritables.

b) *Formes, consistance et couleur.* — Lorsqu'il est unique, le calcul est parfois muriforme comme au cystique, plus gros il devient lisse, restant rond jusqu'à 1 centimètre de diamètre environ, tendant à prendre la forme ovoide lorsqu'il est plus

volumineux. Plus rarement on retrouve le calcul à sa phase de formation : boue épaisse ou brique pilée, calcul mou, moulé sur le cholédoque. Lorsqu'il y a plusieurs calculs ils s'articulent à facettes et l'on peut trouver cu bien de gros calculs en barillets dont l'ensemble forme une masse allongée en cigare moulée sur le cholédoque, ou bien de nombreux petits calculs polyédriques à facettes type vésiculaire commun.

Nous ramenons donc les calculs à 5 formes fondamentales :

1) *Calculs boueux* ou en brique pilée.

2) *Petits calculs muriformes* généralement uniques, à aspérités vives lorsqu'ils sont petits, à aspérités plus émoussées lorsqu'ils sont un peu plus gros.

Ces formes qui paraissent spéciales aux canaux biliaires rappellent exactement les calculs du cystique mais avec un volume généralement supérieur.

3) *Gros calculs lisses et uniques* souvent ronds quand le diamètre n'atteint pas 1 centimètre, géneralement ovoïdes quand le plus petit diamètre approche de cette dimension ou la dépasse. En ces formes on trouve un noyau central recouvert de dépôts récents plus friables surtout marqués vers le pôle supérieur.

4) *Gros calculs multiples en colonne brisée* constituées par 3 ou 4 calculs en barillets articulés par leurs extrémités, lisses sur leurs faces d'articulation, un peu plus rugueux en généra sur leur périphérie.

5) Enfin petits calculs multiples polyédriques à facettes, de type vésiculaire, souvent calculs de transit.

Notons qu'il n'est pas rare de trouver réunis au cholédoque plusieurs types de calculs, avec variations de forme, de volume, de consistance ou de couleur.

Signalons enfin qu'après 1 centimètre de diamètre environ les calculs perdent la forme ronde qui doit être leur meilleure forme de résistance ; ils semblent alors s'allonger pour augmenter de volume mais qu'ils soient ovales ou en barillet, leur grand diamètre ne semble jamais pouvoir dépasser 1 fois ½ ou 2 fois le petit diamètre.

c) *Siège des calculs.* — Si le calcul est unique et petit, il glisse facilement dans tout l'hépato-cholédoque.

L'enclavement des calculs réalisant le type clinique de l'obstruction cholédocienne ne se trouve vraiment que dans la zone pancréatique qui l'enserre de plus en plus, créant des troubles particulièrement graves. Enfin, surtout dans les cas d'infection ancienne et ascendante, et dans les cas de calculs très nombreux avec véritable encombrement des voies biliaires, on peut trouver des calculs jusque dans les branches de bifurcation de l'hépatique, il sera naturellement en ces cas bien plus douteux de réussir une opération complète.

d) *Etat des voies biliaires.* — Les différentes portions se conduisent de façon diamétralement opposée : l'hépato-cholédoque se dilate tandis que le cholédoque pancréatique et la vésicule se rétractent. Le cholédoque pancréatique se rétrécit par tuméfaction muqueuse en milieu inextensible, puis par rétraction cicatricielle, mais surtout c'est le pancréas qui se tuméfie, se sclérose, se resserre sous l'effet d'une irritation répétée. L'hépato-cholédoque se dilate par contre en amont sous la poussée de la bile et souvent pour suppléer à la vésicule, son volume devenant parfois considérable ; ce n'est plus alors un conduit d'excrétion, il est devenu le véritable réservoir biliaire. La vésicule se dilate aussi lorsqu'elle est restée normale, mais les cas sont rares, presque toujours lorsqu'elle n'est pas encore calculeuse, elle a dû l'être ou du moins être chroniquement infectée, car il est de règle de la trouver rétractée, épaissie et sclérosée.

C'est donc une transformation complète de l'arbre biliaire : vésicule atrophiée, virtuellement supprimée, défilé pancréatique encore rétréci, et hépato-cholédoque considérablement dilaté pour ces deux raisons.

e) *Origine probable des calculs trouvés au cholédoque* :

1) Un nombre assez important de calculs semblent bien autochtones, nés primitivement au cholédoque : calculs mous, boueux, surpris en voie de formation ; formes allongées en cigare, avec tronçons en barillet, véritablement moulés sur ce

conduit ; enfin souvent calculs muriformes, ronds ou ovalaires, saisis parfois à leur début et n'ayant pas les caractères de calculs trouvés en même temps à la vésicule. La vésicule n'est donc pas la seule carrière de lithiase.

2) La plupart des calculs nous semblent cependant d'origine vésiculaire, soit que séjournant depuis longtemps au cholédoque ils en aient pris les caractères et y aient acquis droit de cité ; soit que nous les surprenions en cours de migration, avec tous leurs caractères vésiculaires, petits et polyédriques, accidentellement arrêtés par quelque rétrécissement ou de plus gros calculs.

Nous ne trouvons d'ailleurs ces nombreux petits émigrants que lorsque la vésicule est encore en pleine activité ; encore bourrée de calculs semblables.

De toute façon, si l'origine première de certains calculs peut rester discutable, l'ancienneté de leur séjour au cholédoque l'est généralement beaucoup moins. Et nous distinguerons ainsi les *calculs de transit*, venus assez récemment de la vésicule et surpris en cours de migration, et les *calculs sédentaires*, généralement beaucoup plus volumineux, ayant un long passé cholédocien, qu'ils soient nés au cholédoque (calculs autochtones) ou qu'ils y aient acquis droit de cité par un si long séjour (calculs naturalisés du cholédoque).

f) *Evolution probable de la lithiase* :

1) Le cholédoque est vraisemblablement le premier infecté, mais le drainage est excellent, donc stagnation difficile et infection vite disparue, la boue ne peut s'y déposer facilement.

2) La vésicule, par sa situation diverticulaire, réalise au contraire les meilleures conditions de précipitation, stagnation et infection chronique ; et de fait, il est exceptionnel de la trouver saine.

C'est donc presque toujours la vésicule qui la première entre en lithiase, puis après quelques années, elle se rétracte et passe au second plan, qu'elle se soit ou non et plus ou moins libérée de ses calculs.

3) Lorsqu'un calcul s'est arrêté dans le cholédoque ou s'y

est formé, il a peu de chances de s'éliminer dans l'intestin. L'inextensibilité des parois cholédociennes dans la traversée pancréatique, empêche la dilatation nécessaire ; le calcul reste donc au-dessus, mobile dans l'hépato-cholédoque, il s'y accroît peu à peu , le conduit biliaire se dilate progressivement autour de lui pour laisser filtrer la bile, et de plus en plus s'accroît l'impossibilité d'une migration spontanée. On se trouve alors en un véritable cercle vicieux : lithiase entretenant l'infection, infection augmentant la précipitation des sels biliaires.

Nous concluons donc :

Opérer la lithiase biliaire dans sa phase vésiculaire évitera bien des cholédocotomies.

Lorsqu'est déclanchée l'infection cholédocienne, on est dans un cercle vicieux dont on ne sortira que par l'intervention, attendre serait vain et dangereux.

Il sera prudent d'enlever le plus possible la vésicule même sclérosée.

Cette ablation ne met cependant pas totalement à l'abri des récidives, celles-ci pouvant se reproduire au cholédoque même, particulièrement s'il existe des lésions cicatricielles contre lesquelles une opération trop tardive est sans grand effet.

Il faut donc opérer tôt.

2° Pas de calculs au cholédoque : 43 cas=22,5 %.

Se décomposant ainsi : 10 cancers, 9 biles anormales, 7 rétrécissements, 8 calculs récemment éliminés, 7 pancréatites , 1 blessure accidentelle, 1 cas de douves.

a) *Cancers des voies biliaires* : 10 cas+2 avec calculs : 12 cas = 6 %. (Pour traiter complètement ce chapitre nous ajoutons les 2 cas avec calculs au cholédoque).

Le siège des cancers est 4 fois à la vésicule, 2 fois au carrefour, 1 fois à l'hépatique, 5 fois à la fin du cholédoque.

Etat de la vésicule dans les cancers. — Parois bourgeonnantes

ou indurées dans les cancers de la vésicule, vésicule distendue pour les cancers du carrefour, vésicule 1 fois rétractée et 4 fois distendue pour les cancers du cholédoque. (Notons qu'en 3 de ces cas nous trouvons en même temps des calculs, dont 2 fois à la vésicule, et si la lithiase a précédé le cancer nous nous demandons pourquoi elle n'avait pas laissé la vésicule sclérosée comme il est de règle.)

Rapports du cancer et de la lithiase. — Sur 12 cas nous retrouvons 9 fois la lithiase évidente, 7 fois à la vésicule et 2 fois au choledoque, soit au total dans 75 % des cas. Est-ce la lithiase qui par ses traumatismes répétés a provoqué le cancer ou le cancer qui gênant et infectant le flux biliaire a créé la lithiase ?... Cette dernière hypothèse qui a été soutenue nous semble bien invraisemblable car le cancer marche avec une telle rapidité que la lithiase n'aurait pas le temps d'apparaître. Nos observations prouvent par contre qu'en 75 % des cas le cancer semble trouver sa cause provocatrice dans une lithiase encore évidente à l'intervention. Aussi penserions nous volontiers, que même lorsqu'on ne retrouve plus de calculs à l'intervention, il y en a eu autrefois et que le cancer des voies biliaires est toujours provoqué par une lithiase ancienne. La fréquence relative de cette redoutable complication sera donc une raison de plus pour opérer tôt et pratiquer de préférence la cholécystectomie complémentaire.

Résultats de la cholédocotomie. — C'est, nous l'avons vu, le decès rapide dans les quinze premiers jours pour 9 opérés sur 12, 1 décès de date inconnu et 2 decès au cinquième et neuvième mois. Ici encore nous notons la cachexie accélérée qu'on observe lorsque, l'obstacle cholédocien persistant, l'ouverture des voies biliaires transforme en déperdition biliaire totale une obstruction jusqu'alors incomplète. En raison d'une telle gravité opératoire et de la rapide dénutrition des dérivations externes, nous conseillons donc de s'abstenir d'ouvrir les voies biliaires lorsque des circonstances heureuses ne permettront pas une cholécysto-gastrostomie.

b) *Pancréatites sans calculs du cholédoque* : 10 cas.

Rapports de ces pancréatites avec la lithiase : dans 5 cas nous

trouvons des calculs à la vésicule et dans les 5 autres cas s'il n'y a pas de calculs, il semble bien qu'il y en a eu, au moins pour 3 cas. Sauf exceptions, la pancréatite nous semble donc provoquée par l'irritation répétée des migrations calculeuses.

Résultats de la cholédocotomie. — Ils sont beaucoup moins bons (60 % de décès au lieu de 20 %) lorsque nous ne trouvons pas de calculs à la vésicule vraisemblablement parce qu'il s'agit alors de lésions plus profondes au pancréas. Les décès se produisent notamment par deperdition biliaire grave, comme après les cancers des voies principales, l'obstacle n'étant pas levé par l'opération. La valeur des guérisons dépend surtout de la chronicité des lésions : s'il y a encore des calculs à la vésicule avec poussée inflammatoire récente du pancréas par migration de calculs, la guérison est presque certaine, rapide et excellente. S'il n'y a au contraire plus de calculs à la vésicule les lésions du pancréas sont invétérées, cicatricielles, les guérisons sont rares, plus traînantes, et de moins bonne qualité.

c) *Rétrécissements ou infiltrations pariétales des voies biliaires* : 11 cas.

Localisation des rétrécissements. — Lésions limitées en 3 cas, 2 fois près du carrefour, 1 fois près du hile par un bloc inflammatoire ou des adhérences serrées ; lésions plus étendues dans les 8 autres cas, soit sur tout le trajet du cholédoque, soit au niveau du pancréas où la paroi épaissie du cholédoque cause le rétrécissement de sa lumière à ce niveau, avec dilatation en amont.

Rapports des rétrécissements et de la lithiase. — Dans 5 cas il y a encore des calculs à la vésicule, dans les 6 autres cas, il semble bien qu'il y en a eu, d'après l'aspect de la vésicule. Ce sont donc les migrations des calculs vésiculaires qui nous semblent presque toujours avoir provoqué les rétrécissements. Nous ne ferons exception que pour 1 cas où le rétrécissement du cholédoque, avec anomalie du cystique, était peut-être congénital.

Résultats de la cholédocotomie : 5 décès et 6 guérisons, donc résultats un peu moins bons que pour lithiase.

Parmi les décès nous signalons particulièrement 1 décès au deuxième mois par persistance des accidents, l'atrésie du canal ayant gêné le drainage, et 1 décès après un an, les troubles ayant reparu plus graves après amélioration de six mois (cas de rétrécissement peut-être congénital).

Les guérisons semblent s'obtenir assez rapidement lorsque l'obstacle a été levé ou lorsque le drainage a pu être correct comme s'il y avait une régression rapide des phénomènes inflammatoires dans ces parois épaissies. Les résultats tardifs sont généralement parfaits lorsqu'a été supprimée toute nouvelle cause d'irritation.

d) *Infections biliaires : biles boueuses, épaissès ou purulentes* : 6 cas, auxquels nous ajoutons 4 cas retenus aux chapitres précédents : 10 cas.

Rapports avec la lithiase. — Dans les 10 cas, l'état anormal de la bile dans un cholédoque dilaté semble provoqué par une lithiase ancienne, les migrations de calculs provoquant des réactivations d'infection ancienne, car 5 fois nous trouvons des calculs à la vésicule et les 5 autres fois une vésicule rétractée.

Résultats de la cholédocotomie. — Ils sont très variables selon le degré d'infection de la bile, les 2 biles épaisses donnant 2 guérisons, les 4 cas de boue donnant 2 décès : 50 % et les 4 biles purulentes donnant 3 décès : 75 %. La gravité de ces derniers cas vient de ce que l'infection s'étendait à tout l'arbre biliaire, avec foie infecté et insuffisance hépatique. Opération trop tardive.

Les 5 décès ont été très rapides, par shock ou persistance des accidents infectieux ; les guérisons ont été bonnes ou parfaites après boue et bile épaisse (persistance de quelques troubles dans 1 cas de bile épaisse) ; après bile purulente, le seul cas qui ne soit pas décédé donne une guérison médiocre : fistule intermittente encore, après un an (intervention laborieuse : symphyse totale).

e) *Blessure accidentelle du cholédoque* : 1 cas par suite de l'énorme dilatation du cystique modifiant les rapports de la

région. Blessure également de l'artère hépatique. Décès au cinquième jour avec ictère, 40° et 140.

f) *Douves du cholédoque* : 1 cas = bons résultats.

g) *Lithiase récemment évacuée ou observations incomplètes* : 5 cas, car nous ne retrouvons noté que l'histoire clinique qui est bien celle d'un cholédoque et l'état de dilatation de ce canal à l'intervention, la lithiase des voies biliaires étant incontestable au moins 4 fois car nous retrouvons des calculs à la vésicule.

B) Récidives et leurs causes :

1° *Les calculs méconnus du cholédoque* :

En revoyant toutes nos cholécystostomies, cholécystectomies, et cholédocotomies, nous constatons que 19 fois des calculs du cholédoque ont été méconnus, 7 fois à canal fermé, 12 fois à canal ouvert.

a) *Comment expliquer d'aussi fréquents oublis* ?

De façon générale, c'est l'état précaire de certains sujets qui empêche de faire et de chercher à faire une opération prolongée. A cholédoque fermé, certains calculs sont difficiles à y percevoir, calculs mous, petits, zone pancréatique et l'on n'ouvre pas le cholédoque si sa dilatation ou l'altération de ses parois n'y incitent pas et si l'on est gêné par les adhérences et l'état précaire du malade. Disons cependant qu'actuellement, dans le doute nous incisons le cholédoque beaucoup plus volontiers qu'autrefois. A cholédoque ouvert, la nécessité d'opérer rapidement, le petit volume, la désagrégation des calculs boueux, le grand nombre des calculs, leur situation anormale, pancréatique et surtout intrahépatique, enfin la non-ablation de la vésicule sont autant de causes qui favorisent l'oubli de quelque calcul ou fragment de calcul, souvent difficile à éviter si l'on ne veut pas inutilement et souvent dangereusement prolonger ou compliquer beaucoup d'interventions. Nous in-

sistons particulièrement sur la fréquence des localisations hautes, calculs réfugiés dans les branches intrahépatiques dilatées et inaccessibles.

b) *Quels troubles ont suivi ces oublis* ?

Troubles assez graves en général puisque sur 19 cas nous trouvons 6 cas bénins avec évacuation des calculs oubliés par fistule ou dans les selles mais 13 cas graves avec 6 décès rapides et autopsies et 7 réinterventions.

L'oubli des calculs n'est cependant pas la cause mais le témoin des troubles graves chez les 6 décès avec autopsie, décès si rapides survenus dans les six premiers jours.

Il n'y a donc à la charge des oublis des calculs que les 7 cas de réinterventions pour récidives graves. Et si l'on retire les 4 guérisons obtenues après cette deuxième opération, il ne reste en définitive que 3 décès dus incontestablement à un oubli de calcul à la première opération :

2 décès sur 4 cholédocotomies secondaires à une cholécystostomie ou cholécystectomie ;

1 décès sur 3 réopérés pour cholédocotomie itérative.

c) *Comment éviter ces oublis de calculs* ?

Par une opération méthodique et minutieuse, se méfiant particulièrement des zones pancréatiques et hepatiques hautes, (surtout chez les grands infectés) se méfiant des calculs friables, petits ou très nombreux, se méfiant des parois épaissies de la vésicule pouvant cacher quelque calcul qui pourra descendre ultérieurement au cholédoque.

2° *Récidives de troubles cholédociens* :

Sans pouvoir affirmer nettement le caractère cholédocien de quelques récidives ayant ce type mais larvé, avec symptômes atténués ou incomplets, nous croyons cependant pouvoir estimer à 26 les cas de récidives cholédociennes, 10 cas aux bons résultats avec petits troubles, 16 cas aux améliorations suivies de troubles graves.

Le pourcentage des récidives de troubles cholédociens, plus ou moins rares et larvées, est donc assez important : 26/190 =

13,5 % et 26/103=25 % si l'on ne considère que les 103 résultats éloignés suivis.

a) *Nature de ces récidives, leur gravité* :

Les 10 cas classés aux bons résultats avec petits troubles sont pratiquemment guéris, car ils n'ont plus présenté que des crises extrêmement rares si elles étaient violentes ou très atténuées si elles étaient plus fréquentes, l'état général étant d'ailleurs considérablement amélioré et très satisfaisant. Les 16 cas classés aux améliorations suivies de troubles graves comprennent : 2 récidives fortes et fréquentes avec état médiocre, 4 réopérés de cholédocotomie itérative, avec 2 guérisons et 2 décès, 10 décès tardifs plus ou moins imputables à des récidives de crises. Si l'on retire 2 cancers et 1 rétrécissement congénital étendu, il reste 7 cas où l'on avait trouvé des calculs et chez lesquels des récidives plus ou moins tardives et difficiles à expliquer se sont produites. Au total, à l'heure actuelle, nous avons donc sur 26 récidives : 12 malades en très bonne santé, 2 améliorés mais en état médiocre, 12 décès tardifs après amélioration plus ou moins prolongée (dont 2 cancers et 1 rétrécissement).

b) *Date de récidives des troubles et leur gravité* :

Le début des troubles permet de distinguer trois classes :

Les récidives précoces, dès les trois premiers mois : 11 cas.

Les récidives assez rapides entre quatre mois et un an : 6 cas.

Les récidives plus tardives entre un et douze ans : 9 cas.

Or, il est très curieux de constater que la durée et la gravité des troubles sont exactement en proportion avec leur précocité. Les troubles qui persistent de suite après l'opération ou récidivent très vite, n'ont guère tendance à disparaître par la suite et aboutissent presque toujours à un décès (7) au bout de quelques mois ou quelques années, du moins laissent des résultats fort médiocres (4).

Les troubles qui débutent de trois mois à un an après l'opération donnent des résultats un peu meilleurs, assez médiocres cependant : 4 décès et 2 guérisons.

Les troubles qui surviennent après une ou plusieurs années

de guérison presque complète ne sont, par contre, presque jamais graves : 1 seul décès et 8 guérisons.

Sauf très rares exceptions nous pouvons donc conclure que les récidives sont d'autant plus graves qu'elles débutent plus tôt.

c) *Causes des récidives* :

Sur les 11 récidives immédiates ou très rapides nous croyons pouvoir attribuer 2 cas à l'évolution du cancer constaté, 1 cas au rétrécissement reformé, 1 cas à la sténose pancréatique constatée, 2 cas à la vésicule non extirpée, 5 cas à l'oubli de calculs dans les voies hautes probablement.

Pour les 6 récidives entre trois mois et un an, nous avons 2 cas certains d'oubli de calculs ou de formation de calculs autour de débris calculeux, mais pour les 4 autres cas nous ne savons, s'il s'agit de calcul méconnu au cholédoque ou à la vésicule non enlevée, ou de rétrécissement tardif intrinsèque ou extrinsèque du cholédoque.

Enfin pour les 9 récidives tardives, nous avons 1 cas certain d'oubli de calcul, probablement dans les vois hautes, mais pour tous les autres cas, nous n'avons pas d'avis formel. Nous serions cependant fort portés à croire à de simples poussées angiocholitiques, par réveils tardifs et passagers d'infection mal éteinte, sans que ces réinfections aient provoqué de nouvelles précipitations calculeuses, et c'est plutôt la vésicule non enlevée, dont les parois épaissies ont pu rester chroniquement infectée, que nous soupçonnerions d'avoir causé ces nouveaux troubles.

En résumé, pour les 3 groupes, nous croyons avoir de façon presque certaine les causes de 9 récidives : 2 cancers, 1 rétrécissement, 1 sténose pancréatique, et 5 oublis de calculs constatés par réinterventions ou migrations ultérieures, la plupart de ces récidives étant précoces et graves. De façon assez plausible, mais sans preuve véritable, nous croyons pouvoir donner ainsi les causes des 17 autres récidives : 5 oublis assez probables de calculs ou persistance de rétrécissement méconnu, et 12 cas où nous ne saurions dire s'il s'agit d'oubli de calculs,

de rétrécissement extrinsèque ou intrinsèque du cholédoque, de dégénérescence néoplasique, de nouvelle précipitation calculeuse ou de simples poussées angiocholitiques.

C'est cependant cette hypothèse qui nous paraît la plus probable et nous estimerions volontiers que c'est la vésicule non enlevée qui dans la plupart des cas serait responsable de ces nouveaux accidents presque toujours tardifs et relativement bénins, que nous constatons en effet presque toujours (10 fois sur 12) après non-ablation de la vésicule.

C) Les opérations complémentaires :

1° *Résumé des conclusions trouvées sur ce point aux chapitres précédents* :

a) *Aux résultats immédiats* avec décès dans les trois mois, nous trouvons comme mortalité : doco simple : 46 %, doco + osto : 38 %, doco+ ecto : 31 %, proportion inverse de la gravité des opérations, mais proportion concordante avec l'état des sujets qu'on réserve à chacune. L'ecto complémentaire donne cependant un peu plus de chocs, quelques hémorragies en nappe et surtout des complications pulmonaires graves comme nous l'avions déjà vu à l'ecto simple.

b) *Aux résultats éloignés parfaits* : doco simple : 14 %, doco+osto : 20 %, doco+ecto : 21 % : égalité entre les 2 dernières, infériorité de la première.

c) *Aux bons résultats avec petits troubles* :

Les fistules sont surtout fréquentes après doco+osto : 9,5 % (doco simple 4,5, doco+ecto : 2 %). L'incision de la vésicule semble responsable souvent, comme nous l'avions vu aux osto simples.

Les récidives de crises sont encore surtout fréquentes après doco+osto : 19 % (doco simple 11 %, doco+ecto 4 %). Après ecto, les récidives ne se voient guère que pour de rares cas de biles anormales. C'est donc presque toujours la non-ablation de la vésicule qui coïncide avec les récidives (voir aux osto simples, même résultat).

Les persistances de douleurs type adhérence (doco simple 2 %, doco+osto 7,5 % ; doco+ecto, 17 %) semblent surtout causées par les interventions sur la vésicule et sont surtout fréquentes après l'ablation (voir ecto simple).

Les troubles digestifs (doco simple, 12,5 % ; doco+osto, 9,5 %; doco+ecto : 18 %) sont toujours assez fréquents, mais surtout après ablation de la vésicule (voir ecto simple).

d) *Aux améliorations temporaires avec troubles graves :*

Les altérations notables de l'état général, peu fréquentes, car décès ou réintervention, plutôt après doco+osto.

Les réinterventions : 1 cas d'ecto complémentaire, dix-huit ans après doco+osto. Récidive tardive et grave, prouvant bien la possibilité des réveils tardifs de virulence à la vésicule (voir aux ostos simples, fréquence des récidives nécessitant une réintervention).

Les décès après plus de trois mois, avec récidives de crises se voient après tous les genres d'opération mais la vésicule semble assez souvent responsable.

e) *Aux causes trouvées à l'intervention :*

La vésicule est presque toujours infectée, lithiasique ou rétractée. C'est là que les calculs doivent généralement se former en premier lieu. Les récidives peuvent donc se refaire, soit rapidement au cholédoque, soit plus facilement à la vésicule (stase et infection chronique). L'ablation de la vésicule ne met donc pas à l'abri de toute récidive mais en diminue sérieusement les chances.

Au sujet des cancers : La moitié des cancers sont d'origine vésiculaire, mieux vaut donc enlever la vésicule, et le plus tôt possible.

f) *Aux calculs méconnus :*

La doco+osto et surtout la doco simple risquent de laisser échapper quelques concrétions.

g) *Aux récidives de troubles cholédociens :*

Les récidives précoces et graves sont dues à de multiples lésions siégeant au cholédoque, mais les récidives moins précoces et moins graves semblent cinq fois plus nombreuses lorsque la vésicule n'a pas été enlevée.

2° *Avantages et inconvénients de chaque opération :*

a) *La doco simple* expose moins aux accidents immédiats, mais ses résultats éloignés sont inférieurs : les douleurs d'adhérences, les fistules sont rares, les troubles digestifs peu fréquents mais les récidives tardives de crises, vésiculaires ou cholédociennes, se voient souvent et la dégénérescence est à redouter.

b) *La doco+osto* a sensiblement les mêmes avantages immédiats. Les troubles digestifs sont moins notables qu'après doco+ecto et même qu'après doco simple (valeur fonctionnelle récupérée) les douleurs d'adhérences sont moindres qu'après ecto. Mais, par contre les fistules et les crises souvent graves sont fréquentes. On voit que, aussi bien pour la valeur fonctionnelle que pour les récidives, la vésicule incisée semble récupérer plus d'action que n'en a gardé la vésicule des doco simples.

c) *La doco+ecto* a des risques plus grands d'hémorragie et surtout de complication pulmonaire, mais ses résultats éloignés sont nettement supérieurs. Il y a plus de douleurs d'adhérences et de troubles digestifs, mais par contre les fistules et les récidives de crises sont exceptionnelles.

Donc, avantages et inconvénients de l'opération complète et radicale : plus de risques immédiats, de petits troubles par suppression d'un organe, mais sécurité réelle pour l'avenir.

3° *Indications de chaque type d'opération :*

En principe nous préférerons l'ecto complémentaire toutes les fois qu'elle sera possible sans trop de risques immédiats et nous la pratiquons de plus en plus. Nous ne laisserons la vésicule que dans les cas de vésicule rétractée, vide, avec des contre-indications nettes, locales ou générales: infections graves, cachexie, obésité, foie mal luxable, adhérences, etc... Signalons surtout les dangers d'hémorragies chez les insuffisants et de complications pulmonaires chez les infectés généraux et surtout locaux, périvésiculaires. Entre doco simple et doco+osto on tranchera selon l'état de la vésicule et la présence de cal-

culs (se méfier malgré tout des vésicules épaissies et rétractée paraissant vides).

4° *Comparaison des résultats des opérations complémentaires avec ceux des opérations simples : osto et ecto sans doco :*

Il est curieux de constater que les résultats concordent assez nettement pour les mêmes types d'opération, montrant bien le rôle important joué par la vésicule dans les troubles observés après cholédocotomie.

Voir le tableau des pourcentages comparés et des graphiques. Il semble en résulter que :

Les douleurs constantes tiennent aux adhérences reformées près de la vésicule incisée et plus encore enlevée. L'ouverture du cholédoque n'est pour rien ici.

Les récidives de crises tiennent surtout à la non-ablation de la vésicule, ne disparaissant à peu près complètement qu'après l'opération la plus complète : doco+ecto.

Les troubles digestifs qui datent des altérations antérieures des voies biliaires, se voient avec tous les types d'opération mais restent particulièrement fréquents après ablation de la vésicule.

CONCLUSIONS

I. — L'ensemble de ce travail comporte l'analyse des résultats obtenus dans la chirurgie des voies biliaires par M. le Pr Villard, dans 484 cas observés de 1896 à fin 1924. Ces résultats sont envisagés dans la cholécystostomie, la cholécystectomie et la cholédocotomie, au point de vue des suites opératoires immédiates et éloignées. Il y a lieu de préciser que les coefficients de mortalité ne correspondent pas à la mortalité opératoire, mais comprennent les cas de mort rapprochés résultant de l'affection causale.

II. — La cholécystostomie donne en bloc une mortalité de 24 %, la moitié des décès 12 % survenant chez des cancéreux, l'autre moitié 12 % chez des cachectiques ou infectés graves presque toujours par simple continuation des troubles, sans complications. Les résultats éloignés sont dans la lithiase inférieurs à ceux de la cholécystectomie en raison surtout de la fréquence plus grande des récidives de crises. La cholécystostomie reste donc surtout une opération de nécessité.

III. — La cholécystectomie donne en bloc une mortalité de 15 %, le tiers des décès 5 % survenant chez des cancéreux, les deux autres tiers 10 % chez des cachectiques ou infectés graves soit par continuation des troubles, soit par complications pulmonaires lorsque l'opération a eu lieu en foyer particulièrement infecté.

Les résultats éloignés sont très satisfaisants, les récidives de troubles notables sont d'une extrême rareté ; on n'observe guère que de légères douleurs surtout pendant les premiers mois et des troubles digestifs fréquents mais bénins et presque toujours d'ailleurs antérieurs à l'opération.

IV. — La cholédocotomie donne en bloc une mortalité de 36 %, celle-ci étant de 33 % pour la lithiase et de 45 % pour l'ensemble des autres affections. La mortalité dans les trois premiers mois s'élève en particulier à 75 % pour les cancers et pour

les cas d'infection biliaire sans calculs. La mortalité dans la lithiase tient surtout au retard apporté à l'intervention, 55 % des décès se produisant sans phénomènes notables autres que la continuation des symptômes généraux graves, infectieux ou cachectiques, et 45 % présentant une complication qui presque en tous les cas ne fut qu'un phénomène épisodique manifestant la gravité de l'état antérieur à l'intervention : infection prolongée ayant atteint l'état général après avoir gravement lésé la cellule hépatique.

Pour les cancers, on sera donc très réservé, la cholécystogastrostomie pouvant seule, lorsqu'elle est possible, donner des résultats temporairement satisfaisants. Pour la lithiase, dès qu'un calcul du cholédoque sera nettement diagnostiqué, on devra intervenir sans notable delai.

V. — Les résultats éloignés des cholédocotomies sont dans l'ensemble extrêmement satisfaisants. Tous les opérés suivis ont été au moins temporairement améliorés. Quelques-uns (17 cas) ont eu des récidives de troubles notables mais ils sont l'infime minorité. Tous les autres opérés (86 cas) conservent, souvent après de très nombreuses années, un état excellent, absolument parfait d'emblée en 37 cas, très bon, bien qu'accompagné (en 49 cas) de troubles minimes et souvent transitoires : douleurs légères à l'hypocondre, récidive de crises larvées, troubles digestifs légers presque toujours antérieurs à l'intervention et atténués depuis.

Les opérations complémentaires semblent donner des résultats analogues à ceux déjà notés aux opérations simples de cholécystostomie et de cholécystectomie, la première donnant plus volontiers des récidives de crises et la deuxième des douleurs légères avec troubles digestifs.

VI. — Les cancers des voies biliaires nous semblent, en 75 % des cas au moins, avoir été préparés par la lithiase. La fréquence relative (6 %) de cette redoutable complication sera une raison de plus pour ne pas différer l'intervention en cas de lithiase. La mortalité est presque toujours extrêmement rapide par choc spécial ou déperdition biliaire massive. On fera donc bien de renoncer à toute dérivation externe et de ne tenter qu'une

cholécystogastrostomie lorsqu'elle sera utile et possible.

VII. — Les récidives de crises véritables après cholédocotomies sont rares. Lorsqu'elles sont rapides elles semblent surtout dues à l'oubli de calculs difficilement accessibles dans les canaux intra-hépatiques ; ces récidives sont graves et il faut reintervenir mais sans se presser trop, lorsqu'un examen assez prolongé aura permis de juger qu'il s'agit bien d'un obstacle vrai et non de troubles passagers par cholédocite.

Les récidives tardives sont généralement transitoires et sans grand danger ; il s'agit vraisemblablement de simples poussées angiocholitiques par réveil d'infection mal éteinte, favorisées peut-être par quelque altération de calibre des canaux.

VIII. — En toutes ces interventions, l'âge et le sexe sont des facteurs importants de gravité. Les interventions sur les voies biliaires sont beaucoup moins fréquentes chez l'homme mais leur pourcentage de décès est nettement plus élevé. La gravité opératoire augmente également très nettement avec l'âge, du fait de la fréquence progressive des cancers mais également par ancienneté de l'infection, diminution de la résistance organique et risques un peu plus fréquents de complications pulmonaires.

IX. — Au total, la chirurgie des canaux biliaires reste une chirurgie réconfortante car elle sauve bien souvent des malades irrémédiablement condamnés sans elle. Ses résultats éloignés sont généralement très satisfaisants. La gravité immédiate résulte non de la gravité de l'opération en elle-même mais des affections causales qui la nécessitent, de l'ancienneté des lésions, de l'altération du parenchyme hépatique et de l'état général.

Il y a donc une importance capitale à ce que les interventions soient faites précocement.

Vu, le Président de la thèse,
Pr VILLARD

Vu : Le Doyen,
Pr LÉPINE

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Lyon
Pr CAVALIER

[illegible] lorsqu'elle sera utile et possible.

VII. — Les récidives de crises véritables après cholédoco-[illegible]

[illegible] d'un calcul difficilement accessibles dans les [illegible] intra-hépatiques ; ces récidives sont graves et il faut [illegible] un examen assez [illegible]

[illegible] de troubles passagers par cholédocite.

Les récidives tardives sont généralement transitoires et sans [illegible] ; il s'agit vraisemblablement de simples poussées [illegible]

peut-être par quelque altération de calibre des canaux.

VIII. — [illegible] intervention. L'âge et le sexe sont [illegible]

[illegible] plus élevé. La [illegible] très nettement avec [illegible] des cancers mais éga-[illegible]

[illegible]

chirurgie réconfortante car elle sauve bien souvent des malades [illegible]

[illegible] de la gravité de l'opération en elle-même mais des [illegible] qui la nécessitent, de l'ancienneté des lésions, [illegible]

Vu, le Président de la thèse,
Dr VILLARD

Vu : Le Doyen,
Dr LÉPINE

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Lyon
[illegible]

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

PREMIÈRE PARTIE

RÉSULTATS DES CHOLÉCYSTOSTOMIES

CHAPITRE PREMIER. — Résultats immédiats 11
CHAPITRE II. — Résultats éloignés 13
CHAPITRE III. — Considérations diverses 26
CHAPITRE IV. — Conclusions des cholécystostomies. . . . 33

DEUXIÈME PARTIE

RÉSULTATS DES CHOLÉCYSTECTOMIES

CHAPITRE PREMIER. — Résultats immédiats 39
CHAPITRE II. — Résultats éloignés 45
CHAPITRE III. — Considérations diverses 56
CHAPITRE IV. — Conclusions des cholécystectomies 62
CHAPITRE V. — Valeur comparative des deux interventions précédentes : cholécystostomie et cholécystectomie 67

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS DES CHOLÉDOCOTOMIES

CHAPITRE PREMIER. — Résultats immédiats 71
1° Nombre des décès 72
2° Causes des décès 74
3° Observations résumées 75
4° Dates des décès 80
5° Influence de l'état infectieux ou cachectique. . . . 83
6° Influence de l'affection causale 85
7° Influence de l'âge 88
8° Influence du sexe 93
9° Influence de l'opération complémentaire 94
10° Décès imputables à l'intervention 96
11° Conclusions. 99

CHAPITRE II. — Résultats éloignés 101
1° Résultats parfaits 103
2° Bons résultats avec persistance de petits troubles . 106
a) Fistules. 107
b) Faiblesses de la paroi ou hernies 110
c) Complications pulmonaires durables 112
d) Persistance ou récidive de douleurs ou de crises légères 113
e) Troubles digestifs 122
3° Améliorations partielles ou temporaires suivies de récidives avec troubles graves 127
a) Altérations notables de l'état général 127
b) Réinterventions 128
c) Décès plus de trois mois après l'opération. . . . 129
d) Conclusions des troubles graves 131
4° Conclusions des résultats éloignés 137
CHAPITRE III. — Considérations diverses sur les cholédocotomies. 139
1° Causes trouvées à l'intervention et influence de l'affection causale sur les résultats 140
a) Calculs du cholédoque, nombre, formes, siège, état des voies biliaires, origine probable des calculs, évolution probable de la lithiase. 140
b) Pas de calculs au cholédoque :
Cancers des voies biliaires 158
Pancréatites sans calculs au cholédoque. 165
Rétrécissement ou infiltrations pariétales du cholédoque. 169
Infections biliaires, biles boueuses, épaisses ou purulentes 174
Blessure accidentelle. Douves, lithiases évacuées récemment 177
2° Récidives et leurs causes 180
a) Les calculs méconnus du cholédoque. 180
A cholédoque non ouvert 181
A cholédoque ouvert. 182
Explication de ces oublis 184
Troubles consécutifs 187
Comment éviter ces oublis 188
b) Récidives de troubles cholédociens 189
Nombre de ces récidives 189
Leur nature et leur gravité. 192
Date des récidives 193
Leurs causes. Conclusions 196
3° Les opérations complémentaires. 203

a) Résumé des chapitres précédents sur le rôle de la vésicule ou les résultats des opérations complémentaires. 203
b) Avantages et inconvénients qui résultent des conclusions précédentes, pour chaque type d'opération. 211
c) Indications de chaque type d'opération. 213
d) Comparaison des résultats des opérations complémentaires avec ceux des opérations simples de cholécystostomie et cholécystectomies sans cholédocotomie. 214
CHAPITRE IV. — Conclusions de nos cholédocotomies . . . 219

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. 245

7176. — Imp. de la libr. N. Maloine 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris - 6-26

a) Résumé des chapitres précédents sur le rôle de la vésicule ou les résultats des opérations complémentaires. 203
b) Avantages et inconvénients qui résultent des conclusions précédentes, pour chaque type d'opération. 211
c) Indications de chaque type d'opération. 213
d) Comparaison des résultats des opérations complémentaires avec ceux des opérations simples de cholécystostomie et cholécystectomies sans cholédocotomie. 214
CHAPITRE IV. — Conclusions de nos cholédocotomies . . . 219
CONCLUSIONS GÉNÉRALES. 245

7196. — Imp. de la libr. N. Maloine, 25, rue de l'École-de-Médecine, Paris - 8-06